

Revista Iberoamericana
DE
SEGURIDAD
SOCIAL

(Director: Luis Jordana de Pozas)



Julio-agosto 1952.

MADRID

Año I.-N.º 2.

REVISTA IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

M A D R I D

Dirección y Administración: Alcalá, 56. Madrid

La REVISTA IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL es bimensual, y está editada por el Instituto Nacional de Previsión, dependiente del Ministerio de Trabajo de España. Publica estudios, informaciones, documentos, legislación, bibliografía y extractos de revistas de todo el mundo, y en especial de Iberoamérica.

Los hechos, opiniones y doctrinas de los artículos publicados son de la exclusiva responsabilidad de sus autores. Queda autorizada su reproducción, siempre que se cite la procedencia.

Hay una edición aérea, impresa en papel biblia.

Se publica, asimismo, un apéndice español de legislación y jurisprudencia que puede adquirirse con el número con un incremento en el precio de suscripción.

La correspondencia sobre redacción debe dirigirse a la Dirección de la Revista, y lo que se refiere a suscripción y abono, a la Administración de la Revista.

Suscripción anual en todo el mundo:

| | |
|--|-----------|
| A la Revista sola..... | 120 ptas. |
| A la Revista con apéndice (incluido el franqueo por correo ordinario)..... | 210 — |

Por correo aéreo regirá el mismo precio, aumentado con los gastos de franqueo.

| | |
|--|----------|
| Precio del ejemplar de la Revista..... | 25 ptas. |
| Precio con apéndice..... | 45 — |

INDICE

| | Páginas |
|--|---------|
| I.—LA IV CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL Y LOS SEGUROS SOCIALES EN MEJICO: <i>La IV Conferencia Interamericana de Seguridad Social y los Seguros sociales en Méjico</i>, por LUIS JORDANA DE POZAS... .. | |
| | 203 |
| Resoluciones de la IV Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social... .. | |
| | 217 |
| II.—ESTUDIOS : | |
| <i>Aspectos técnicos de la extensión del Seguro Social al campo</i> , por el Ing. JESÚS RODRÍGUEZ Y RODRÍGUEZ, y el Dr. ROBERTO CURIEL CUETO... .. | |
| | 229 |
| <i>Planeamiento de la Red de Centros Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social</i> , por el Dr. NEFTALI RODRÍGUEZ... .. | |
| | 273 |
| <i>El control de las prestaciones terapéuticas</i> , por el Dr. GUILLERMO DÁVILA G. | |
| | 303 |
| <i>Capacitación del personal</i> , por el Dr. MANUEL DE VIADO... .. | |
| | 315 |
| <i>Algunos problemas médicos y farmacéuticos de la Seguridad Social en Chile</i> , por los Dres. JULIO BUSTOS, ALFREDO BIONDI y FERNANDO DURÁN... .. | |
| | 325 |
| III.—CRÓNICAS E INFORMACIONES : | |
| <i>La XXXV Conferencia General de la Organización Internacional de Trabajo</i> | |
| | 349 |
| <i>VIII Reunión del Comité Ejecutivo de la Asociación Internacional de Seguridad Social (A. I. S. S.)</i> | |
| | 356 |
| INFORMACIÓN IBEROAMERICANA : | |
| <i>Eva Perón</i> | |
| | 359 |
| <i>Oficina Iberoamericana de Seguridad Social.</i> | |
| <i>La O. I. S. S. organiza el Primer Curso de Cooperación Técnica Iberoamericana en materia de Seguridad Social...</i> | |
| | 360 |
| <i>Argentina.</i> | |
| <i>Se modifica la reglamentación de la Ley de Protección a la Vejez</i> | |
| | 361 |
| <i>Propuesta de mejoras en la Higiene Materno-infantil</i> | |
| | 361 |
| <i>Ayuda y Orientación al Inválido</i> | |
| | 361 |
| <i>Conferencia Interamericana de Seguridad Social.</i> | |
| <i>La IV Conferencia de la C. I. S. S. se reúne en Méjico</i> | |
| | 362 |
| <i>Cuba.</i> | |
| <i>Proyecto de Plan de Asistencia Social</i> | |
| | 363 |
| <i>Chile.</i> | |
| <i>Situación de la mano de obra</i> | |
| | 363 |
| <i>España.</i> | |
| <i>Inauguración de ambulatorios</i> | |
| | 364 |
| <i>El sueldo base de los pescadores</i> | |
| | 364 |

| | |
|---|-----|
| Incompatibilidades para el percibo del Subsidio de viudedad y orfandad... | 364 |
| El Seguro de Enfermedad y los accidentes del trabajo... | 365 |
| Protección de los trabajadores de Gibraltar... | 365 |
| <i>Haití.</i> | |
| Enmiendas a la Ley de Seguridad Social... | 366 |
| <i>Panamá.</i> | |
| Reforma de la Ley Orgánica de la Caja del Seguro Social... | 367 |
| <i>Perú.</i> | |
| Inauguración de un Centro Escolar Preventivo en Lima... | 367 |
| Creación del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social... | 368 |
| Constitución de un hospital en Cerro de Pasco... | 368 |
| <i>República Dominicana.</i> | |
| Balance del Seguro Social Dominicano... | 369 |
| <i>Uruguay.</i> | |
| Cifras estadísticas de la Caja de Jubilaciones y Pensiones... | 370 |
| Próximo Congreso Internacional de Medicina y Farmacia militares... | 370 |
| <i>Venezuela.</i> | |
| Creación del Consejo Técnico de Seguridad Social... | 371 |
| Ampliación de los Seguros sociales... | 371 |
| OTRAS NOTICIAS : | |
| <i>Alemania (Rep. Federal).</i> | |
| Asociación de Ingenieros de Seguridad en la Industria del Hierro y del Acero... | 372 |
| Protección a la maternidad... | 372 |
| Creación del Instituto Federal de Colocación y Seguro contra el Paro... | 372 |
| <i>Australia</i> ... | 373 |
| <i>Bélgica.</i> | |
| Seguro de Vejez y Supervivencia.—Resultados de aplicación en el período 1945-1951... | 374 |
| Fomento de la enseñanza profesional en el Congo Belga... | 375 |
| <i>Canadá.</i> | |
| Ley de Subsidio de Vejez... | 376 |
| Aumento de solicitudes para las pensiones de vejez... | 376 |
| Aumenta el número de accidentes mortales... | 377 |
| Modificación de la Ley sobre Seguro de Paro... | 377 |
| <i>Dinamarca.</i> | |
| Estadística del paro... | 378 |
| <i>Estados Unidos.</i> | |
| Estadística de accidentes de trabajo en el año 1951... | 378 |
| La edad de un tercio de los trabajadores es igual o superior a los cuarenta y cinco años... | 380 |
| <i>Finlandia.</i> | |
| Préstamos de nupcialidad en 1951... | 380 |
| Instituto de Higiene del Trabajo... | 380 |
| <i>Francia.</i> | |
| Propuestas del Consejo Superior de Medicina del Trabajo y de la Mano de Obra... | 381 |
| Modificaciones en la Ley de Seguridad Social... | 381 |

| | Páginas |
|--|---------|
| Déficit de la Seguridad Social, 43.000.000.0000 de francos... .. | 382 |
| Se eleva el salario límite para el cálculo de las cotizaciones de la Seguridad Social... .. | 383 |
| Mejora de las prestaciones familiares en la agricultura... .. | 384 |
| <i>Gran Bretaña.</i> | |
| Edad de retiro de los funcionarios... .. | 384 |
| Se crea un Comité para el empleo de los ancianos... .. | 384 |
| Reforma del Servicio Social Sanitario... .. | 384 |
| Aumento de las cotizaciones y de las prestaciones del Seguro Nacional... .. | 385 |
| <i>Grecia.</i> | |
| Reforma de los Seguros sociales... .. | 386 |
| <i>Holanda.</i> | |
| Las cargas sociales... .. | 387 |
| Emigración... .. | 389 |
| <i>India.</i> | |
| Prestaciones de enfermedad, maternidad y accidentes... .. | 390 |
| <i>Israel.</i> | |
| Nuevo proyecto de Ley de Seguros sociales... .. | 391 |
| <i>Italia.</i> | |
| Se extiende el Seguro de Enfermedad al personal del servicio doméstico... .. | 392 |
| Mejora de las prestaciones por accidentes... .. | 393 |
| Concesión del subsidio extraordinario de paro a los trabajadores del mar... .. | 394 |
| <i>Luxemburgo.</i> | |
| Creación de la Caja de Pensiones para Artesanos... .. | 394 |
| <i>Suecia.</i> | |
| Subsidios familiares durante los años 1950-1951... .. | 396 |
| <i>Suiza.</i> | |
| Seguro de Accidentes y Enfermedades... .. | 396 |
| <i>Turquía.</i> | |
| Accidentes del trabajo durante el período 1946-1950... .. | 397 |
| <i>Internacional.</i> | |
| Estadística de paro en el Extranjero... .. | 398 |
| La V Asamblea General de la Asociación Médica Mundial... .. | 398 |
| El X Congreso Internacional de Medicina del Trabajo... .. | 399 |
| Convenio general entre la República Federal de Alemania y Francia sobre la Seguridad Social... .. | 399 |
| El cáncer ocupa el segundo lugar de las causas de muerte por enfermedad... .. | 400 |
| Conferencia Internacional sobre Subsidios Familiares... .. | 401 |
| IV.—LEGISLACION | |
| <i>Bolivia.</i> | |
| Decreto-ley de Seguro Obligatorio, de 11 de octubre de 1951. | 405 |
| V.—RECENSIONES | |
| Bustos A., Dr. Julio: «La Seguridad Social. La Previsión y la Medicina Social en Chile en 1950». Santiago de Chile, 1952. 120 páginas en folio... .. | 435 |

| | |
|---|-----|
| Conferencia Internacional del Trabajo. 35. ^a Reunión. «Informe del Director general». Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra, 1952. 148 páginas... | 436 |
| Organización Internacional del Trabajo. «Sexto Informe de la Organización Internacional del Trabajo a las Naciones Unidas». Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra, 1952. 308 páginas en 4. ^o ... | 438 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social. «México y la Seguridad Social. Tomo I. La inseguridad social, la Seguridad Social y la historia de los medios para lograrla». México, 1952. 436 páginas en 4. ^o mayor... | 439 |
| Pedro Arnaldo Jimeno: «Estudio comparado del Seguro de Invalidez y Muerte y de su posible implantación en España». Madrid, 1952. 319 páginas... | 440 |
| Instituto Colombiano de Seguros Sociales. «Antecedentes y documentos de los Seguros Sociales en Colombia». Bogotá, 1952. Dos tomos. 641 + 565 páginas... | 441 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social. «Memoria de labores, 1950». Méjico, 1951... | 443 |
| Confederación de Trabajadores de Méjico. «Panorama de la obra progresista de un régimen». Méjico, 1951. 397 páginas. | 444 |
| Perraud-Charmantier y L. de Riedmatten: «Lois Sociales. Sécurité sociale». 4 ^e ed. Versailles. Editions de «L'Observateur». 1952. 288 páginas en 4. ^o ... | 445 |
| Luigi de Litala: «Diritto delle Assicurazioni sociali». 3. ^a edizione. Torino. Unione Tipograficoeditrice Torinese, 1951. 662 páginas en 4. ^o mayor... | 446 |
| «Las convenciones colectivas de trabajo» (con referencia especial a la legislación ecuatoriana), por el Dr. Eduardo Cordova Guerrón.—Ediciones Cultura Hispánica.—Madrid, 1952. 271 páginas... | 447 |
| «La politique sociale aux Antilles».—Publicación del B. I. T.—Genève, 1952. 355 páginas... | 448 |
| «Alemán y el Seguro Social», por Gustavo Arce Cano.—Editorial Ruta.—Méjico, 1951. 143 páginas, con 22 fotografías... | 449 |
| «Asistencia hospitalaria en México», por el Dr. Gustavo Argil. Méjico, D. F., 1951. 88 páginas... | 450 |
| «Revisión del Convenio (núm. 3) sobre la protección de la maternidad, 1919». Conferencia Internacional del Trabajo.—XXXV Reunión.—Ginebra, 1952. 72 páginas... | 451 |
| «Conferencia Internacional del Trabajo». —XXXV Reunión. —Octavo punto del Orden del día. —Informe VIII (2). —Ginebra, 1952... | 452 |
| «Revista Española de Seguridad Social».—Índices generales, número 12.—Madrid, 1951. 396 páginas... | 452 |
| «Estudios dedicados al profesor Gascón y Marín en el cincuentenario de su docencia».—Madrid.—Instituto de Estudios de Administración Local. 1952. 646 páginas en 4. ^o mayor... | 453 |
| «Oficina Internacional del Trabajo». —Informe VI a) (2).—XXXV Reunión.—Sexto punto del Orden del día.—«Colaboración entre empleadores y trabajadores en el plano de la Empresa».—Ginebra, 1952... | 454 |
| «Instituto Mexicano del Seguro Social».—La Caja Regional de Puebla.—Su organización y funcionamiento. —Méjico, 1952. 45 páginas... | 454 |
| «Instituto Mexicano del Seguro Social».—El Seguro Social mexicano. —Síntesis informativa. —Méjico, marzo 1952. 51 páginas... | 455 |
| «Conferencia Internacional del Trabajo». —XXXV Reunión. —«Protección de los menores que efectúan trabajos subterráneos en las minas de carbón».—Oficina Internacional del Trabajo.—Ginebra, 1952. 68 páginas... | 455 |

| | |
|--|-----|
| «Conferencia Internacional del Trabajo». — XXXV Reunión. — «Resumen de Memorias sobre los Convenios no ratificados y sobre las Recomendaciones».—Oficina Internacional del Tra- bajo.—Ginebra, 1952. 133 páginas... | 455 |
|--|-----|

VI.—LECTURA DE REVISTAS

Revistas Iberoamericanas.

| | |
|---|-----|
| HORACIO D. J. FERRO: <i>Las asignaciones familiares</i> .—EL DERECHO DEL TRABAJO.—Buenos Aires, marzo 1952... | 459 |
| E. MIRA J. LOPES: <i>Problemas fundamentais da orientação profissional</i> .—BOLETIN DO MINISTERIO DO TRABALHO, INDUSTRIA E COMERCIO.—Rio de Janeiro, 1951, núm. 2... | 459 |
| JULIO BUSTOR: <i>La Seguridad Social</i> .—PREVISIÓN SOCIAL.—Chile, julio-diciembre 1951... | 460 |
| BERNARDINO HERRERO NIETO: <i>El Montepío Laboral británico y sus problemas</i> .—PREVISIÓN LABORAL.—Madrid, enero 1952... | 462 |
| LUIS BURGOS BOEZO: <i>¿Quién paga los Montepíos Laborales?</i> —PREVISIÓN LABORAL.—Madrid, enero 1952... | 463 |
| ROSA E. CASTILLO: <i>El Servicio Social en la Caja del Seguro</i> .—REVISTA DE LA CRUZ ROJA PANAMEÑA.—Panamá, febrero 1952. | 463 |
| ANTONIO LEÃO: <i>Regime financeiro do Seguro Social</i> .—INSTITUTO DOS ACTUARIOS PORTUGUESES.—Lisboa, diciembre 1951, número 6... | 465 |

De otros países.

| | |
|--|-----|
| JOHANNES HIMMEL: <i>Die Landwirtschaf und die Neugestaltung der Sozialversicherung</i> (La agricultura y la nueva organización del Seguro Social).—DEUTSCHE VERSICHERUNGSZEITSCHRIFT.—Número 7-8, 1952... | 466 |
| DR. JUDURG HEYDE: <i>Gedanken über den Arzt in der Zukunft der Sozialpolitik</i> (Ideas respecto al médico en el futuro de la política social).—DEUTSCHE VERSICHERUNGSZEITSCHRIFT.—Berlín, número 2, febrero 1952... | 466 |
| DR. ELNABETH SIEFMANN: <i>Zur Entwicklung der Sozialversicherungsreformen</i> (Pasos para la reforma del Seguro Social).—DEUTSCHE VERSICHERUNGSZEITSCHRIFT.—20 octubre 1951, cuaderno 10... | 467 |
| WERNER MAHR: <i>Eine volkswirtschaftliche Theorie der Sozialversicherung?</i> (¿Existe una teoría económica popular del Seguro Social?).—DEUTSCHE VERSICHERUNGSZEITSCHRIFT. | 467 |
| G. A. BULLA: <i>Des neue Mutterschutzgesetz des Bundes</i> (La nueva Ley federal sobre protección a la madre).—RECHT DER ARBEIT.—Berlín, enero 1952, cuaderno 1.º... | 468 |
| ECKERT BAM BOM: <i>Aktuelle Betrachtungen zur Reform der Sozialversicherung</i> (Consideraciones actuales para la reforma del Seguro Social).—DEUTSCHE VERSICHERUNGSZEITSCHRIFT.—Berlín, núm. 1, enero 1952... | 468 |
| DR. GUSTAV HENRICH: <i>Puntos de vista respecto al Seguro Social</i> . DIE VERSICHERUNGSRUNDSCHAU.—Viena, cuadernos 11 y 12 del año 1951, y 1 y 2 de 1952... | 469 |
| RAYMOND LATIN: <i>Esquisse d'un nouveau régime d'allocations familiales</i> (Bosquejo para un nuevo régimen de Subsidios familiares).—REVUE DES ALLOCATIONS FAMILIALES.—Bruselas, diciembre 1951, núm. 10... | 469 |
| PIERRE SOUDET: <i>L'Equilibre financier de la Sécurité Sociale en 1952</i> (El equilibrio financiero de la Seguridad Social en 1952). DROIT SOCIAL.—Noviembre 1951, núm. 9... | 470 |
| TIZIANO G. FORMAGGIO: <i>Malattia crónica o malattia incuriabile nella frassi assicurativa</i> (Enfermedad crónica o enfermedad | |

| | |
|---|-----|
| incredable en la práctica aseguradora).—SICUREZZA SOCIALE.— Abril 1952, núm. 4... .. | 472 |
| GIUSEPPE VERDECCHIA: <i>Prevenzione e cura delle malattie</i> (Pre- vención y tratamiento de las Enfermedades).—I PROBLEMI DEL SERVIZIO SOCIALE.—Roma, mayo-agosto 1951, núms. 3 y 4... .. | 472 |
| GIUSEPPE CAPAGNE: <i>Studi internazionali sugli assegni familiari</i> (Estudios internacionales sobre los Subsidios familiares).— L'INADEL.—Roma, diciembre 1951, núm. 24... .. | 472 |
| GINA PAPA: <i>El Seguro contra el paro y sus resultados</i> .—PREVI- DENZA SOCIALE.—Roma, marzo-abril 1952... .. | 473 |
| PIETRO D'ACATA: <i>La tutela de los supervivientes en el Seguro</i> <i>obligatorio</i> .—PREVIDENZA SOCIALE.—Roma, marzo-abril 1952... .. | 473 |
| ANTONIO DEL PRINCIPE: <i>La asistencia preventorial a la infancia en</i> <i>régimen asegurativo</i> . — PREVIDENZA SOCIALE. — Roma, marzo- abril 1952... .. | 473 |
| <i>Internacionales.</i> | |
| <i>Les problèmes et la politique du logement dans les pays d'Amé- rique Latine</i> (Los problemas y la política de alojamiento en los países de América Latina). — REVUE INTERNATIONALE DU TRAVAIL.—Marzo, 1952, núm. 3... .. | 474 |

I. - LA IV CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL Y LOS SEGUROS SOCIALES EN MEJICO

LA IV CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL Y LOS SEGUROS SOCIALES EN MEJICO

por *Luis Jordana de Pozas*

La IV Reunión de la CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL se ha celebrado, en la ciudad de Méjico, en los días 24 de marzo a 8 de abril últimos.

El acto inaugural revistió solemnidad extraordinaria, estando presidido por el Licenciado Miguel Alemán, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, con la presencia de los Secretarios de Estado de su Gabinete, miembros del Cuerpo Diplomático y Delegados, Representantes y Observadores de la Conferencia.

Tuvo lugar en el suntuoso Palacio de Bellas Artes, corriendo los discursos a cargo del señor Antonio Díaz Lombardo, Director general del Instituto Mexicano del Seguro Social; del señor Altmeyer, Presidente del Comité Interamericano de Seguridad Social, y del señor Alvarado, representante del Director general de la Oficina Internacional del Trabajo.

El señor Díaz Lombardo se refirió a los antecedentes de la Conferencia y al desarrollo de la idea de Seguridad Social en el Continente americano, al que denominó Continente de la Esperanza, y particularmente en Méjico, en donde las normas de igualdad, justicia y seguridad social insertas en la

Constitución de 1917 han sido perseverantemente aplicadas y desarrolladas con particular eficacia e intensidad.

Por aclamación, después de numerosas intervenciones que formularon la propuesta o la secundaron, fué elegido Presidente de la Conferencia el señor don Antonio Díaz Lombardo, que la desempeñó con indudable acierto y dedicación.

La Conferencia de Méjico se ha reunido en cumplimiento estricto del acuerdo adoptado en la de Buenos Aires, y solamente un año después de la celebración de ésta.

Comparado este interregno con los que separaron las dos Conferencias anteriores de Santiago de Chile y Río de Janeiro, da una idea de la vitalidad lograda por la Organización Internacional.

También, desde el punto de vista de la concurrencia y de la labor efectuada, el progreso es notorio.

En efecto, se reunieron en la ciudad azteca 160 Delegados de las 22 naciones americanas, cifra superior a la de las anteriores Conferencias, y asistieron a ella también representantes de las Naciones Unidas, de la Organización de Estados Americanos, de la Organización Internacional del Trabajo, de la Mundial de la Salud y del Instituto Indigenista Interamericano, así como observadores personales de España, Francia e Inglaterra.

En cuanto a la labor efectuada, baste decir que la lista de los trabajos que, impresos o multicopiados, se repartieron a los congresistas comprende 74 títulos, siendo varios de ellos verdaderos libros de centenares de páginas. Por su procedencia, estas publicaciones emanan de 21 países distintos, lo que subraya el carácter auténticamente internacional de la Reunión. Con toda objetividad puede afirmarse que ésta de Méjico y la que se celebró en Madrid el año anterior han sido las dos asambleas de Seguridad Social que han dado origen a mayor número de estudios sobre la materia, y es muy de lamentar que, sin duda por dificultades insuperables, no ha-

yan podido ser publicadas en el Libro de la Conferencia las ponencias y comunicaciones que sirvieron de base para sus debates.

Además del informe del Secretario general, figuraban en el Orden del día cuatro temas del más alto interés y utilidad: la extensión del Seguro Social a los trabajadores del campo; las prestaciones familiares generales; los problemas médicos y farmacéuticos del Seguro Social, y una discusión preliminar sobre terminología de la Seguridad Social.

El informe del Secretario general es un sólido trabajo que mantiene la altura y profundidad que dió el señor De Viado al anterior de Buenos Aires. En él se pasa revista a los problemas presentes de la Seguridad Social americana, expuestos con técnica perfecta y absoluta imparcialidad. En segundo término, el informe recoge los avances de la Seguridad Social en el Continente americano durante el año 1951, subrayando las leyes y reformas más importantes. Nuestra REVISTA, ya que no le sea posible ni siquiera insertar la parte primera de este informe, se honra reproduciendo las páginas que en él se dedican a la formación de los funcionarios de la Seguridad Social, tema favorito en nuestras páginas.

El debate sobre el informe del Secretario general fué amplio e interesante. Participaron en él, con discursos muy documentados, Delegados de Méjico, Uruguay, Costa Rica, Bolivia, Cuba, Canadá, Brasil, Venezuela, Guatemala, Argentina, Panamá, Colombia, Paraguay, República Dominicana, El Ecuador, Chile y Perú. Los oradores tuvieron palabras elogiosas para el informe del señor De Viado, y lo completaron con noticias, datos y reflexiones, que forman en conjunto una información insuperable sobre el estudio de la Seguridad Social en América.

Así como el debate general sobre el informe mencionado tuvo lugar en sesiones plenarias, las discusiones sobre los otros cuatro temas del Orden del día se desarrollaron en sendas

Comisiones técnicas reunidas simultáneamente. Este método de trabajo permitió realizar, en el mismo tiempo, una labor multiplicada; pero tiene el inconveniente de que si las Delegaciones de los diversos países no son suficientemente numerosas, resulta imposible la participación de todos ellos en cada uno de los temas sometidos a examen. Así ocurrió en Méjico, y la enseñanza deducible es, sin duda, la de que debe procurarse que el número de Delegados de cada país no sea inferior al de temas a discutir.

La extensión del Seguro Social a los trabajadores del campo es, indudablemente, una de las más nobles y justificadas aspiraciones en todos los países que poseen Gobiernos animados de un espíritu social, pero también de las que mayores dificultades prácticas encuentra.

Si en Europa, al cabo de sesenta años de Seguro Social, y con una población densa y fácilmente comunicada, hay todavía países que no han logrado en la agricultura una aplicación eficaz de los Seguros sociales, no es extraño que en América sean todavía pocos los Estados que de modo efectivo y general han extendido a la población rural sus sistemas de Seguros sociales.

Sirvió de base a la discusión una ponencia sistemática y completa, elaborada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, uno de cuyos capítulos insertamos en páginas posteriores de esta REVISTA. Entre los trabajos presentados sobre el tema merecen señalarse las contribuciones de las entidades de Seguro social de Costa Rica, Colombia, República Dominicana, Guatemala, Cuba y Bolivia.

En la discusión del tema se consumieron cuatro largas sesiones, al cabo de las cuales fueron aprobadas las recomendaciones que figuran íntegramente reproducidas en otro lugar de esta REVISTA. Todas ellas responden a la idea general de que las medidas de seguridad social en el campo serían ilusorias si no fueran acompañadas de una acción de mejoramiento

de las condiciones de vida y de trabajo que mire a toda la población rural y no solamente a los asegurados. Predominó también el convencimiento de que la implantación del Seguro Social en las zonas agrarias no puede improvisarse y, muchas veces, tampoco llevarse a cabo de una vez; de ahí que se recomiende el estudio previo y la implantación escalonada, dando preferencia a los riesgos de enfermedad y maternidad.

De modo muy especial merece ser subrayado el criterio unánime de la Conferencia en favor de que la financiación del Seguro Social en el campo se establezca sobre la base contributiva de los diversos elementos interesados en la producción agrícola, completada por la participación del Estado. Y más aún el acuerdo de que el Seguro Social del campo forme una unidad financiera, técnica y administrativa con el de los trabajadores de la industria y del comercio, generalmente residentes en zonas urbanas. Frente a la tendencia secesionista, que se ha abierto paso en algunos países europeos como Francia, la Conferencia de Méjico ha afirmado la indestructible solidaridad de todos los trabajadores, que es, al propio tiempo, inexcusable presupuesto para la solución del problema en el campo.

La doctrina sentada se completa con dos directivas de particular trascendencia: una, la de destacar el propio deber del Seguro Social de atender, principalmente en el campo, a la función preventiva; la otra, en favor de la aplicación descentralizada y el control centralizado de las actividades del Seguro agrario.

El tercer tema del Orden del día, «Prestaciones familiares generales», fué objeto de una notable ponencia del Consejo Central de Asignaciones Familiares, del Uruguay, completada por otros trabajos debidos a las representaciones de Méjico, Argentina, Canadá, Chile, Venezuela y Perú. El observador de España presentó un breve estudio sobre las bases doctrinales de las prestaciones familiares, y los Institutos guatemalteco

y colombiano informaron sobre aspectos de la protección maternal e infantil relacionados con el tema.

La Comisión técnica correspondiente dedicó seis sesiones a la discusión de las diversas propuestas. La discusión era difícil, por ser muy distintas las ideas básicas de los diferentes sistemas practicados en aquellos países de América que tienen un régimen de Subsidios familiares.

En consecuencia, las conclusiones aprobadas son de extrema generalidad, limitándose a expresar el deseo de que se establezcan sistemas de prestaciones familiares donde no los haya, o se amplíen los existentes para llegar a la protección íntegra de la familia, dejando a cada Estado el determinar el grado, forma y orden de esa protección, y recomendando tratados de reciprocidad sobre la materia.

Los problemas médicos y farmacéuticos de la Seguridad Social, que figuraban como punto cuarto del Orden del día, son en todas partes de los más graves y acuciantes que se plantean a los Gobiernos e instituciones encargadas de regir los Seguros sociales; pero, por esa misma razón, se hallan muy estudiados, y permiten útilmente su discusión internacional. El interés del tema determinó que se presentaran a la Conferencia un gran número de trabajos, entre los que algunos son verdaderamente notables. Tal ocurre, entre otros, con las contribuciones de Chile, Ecuador, Méjico y Brasil. En páginas posteriores de esta REVISTA se hallarán algunos extractos de las ponencias de Chile y de Méjico.

La Comisión Técnica celebró cinco largas sesiones, muy interesantes, en que se contrapusieron puntos de vista diversos, y pudieron conocerse los resultados de la experiencia de aquellos países que tienen regímenes de Seguro de Enfermedad con servicios sanitarios propios.

Las conclusiones fueron extensas y de gran importancia. Remitiendo a nuestros lectores al texto íntegro, que hallarán

más adelante, consideramos pertinente subrayar algunos de sus extremos, tales como la afirmación terminante de ser más eficaces, económicas y responsables las prestaciones médicas impartidas con servicios propios del Seguro; el énfasis puesto en los estímulos que hagan del médico el mejor aliado de la Seguridad Social; el supuesto de que las instituciones de Seguridad Social han de carecer de todo fin de lucro; la necesidad de que estos servicios médicos se coordinen entre sí y con los servicios oficiales, y de que se unifiquen su terminología y sus métodos estadísticos; la afirmación de ser imprescindible un cuadro básico de medicamentos y una sistematización de métodos diagnósticos y terapéuticos, y, finalmente, la recomendación de que las instituciones de Seguridad Social creen sus propios laboratorios de producción y utilicen farmacias propias en las mismas unidades en donde se dispensen los servicios médicos.

El último tema de los que había de examinar la Conferencia comprendía una discusión preliminar sobre la terminología de la Seguridad Social. La cuestión había sido objeto de una amplia consideración en el I Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, dando lugar a numerosas publicaciones. Por otra parte, cumpliendo el encargo que recibió en Buenos Aires, la Secretaría General del Comité Interamericano había publicado una introducción al estudio de la cuestión mencionada, que fué repartida entre los miembros de la Conferencia. Hubo también aportaciones interesantes de los señores Mello Éboli, Alonso di Piero, Cohen, Gómez y Moles, y del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales. Por los mismos días, la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social publicó la «Terminología española», del profesor Pérez Botija.

La discusión sobre este tema se desarrolló con gran intensidad en la Comisión técnica correspondiente, que celebró cuatro largas sesiones, al cabo de las cuales fueron aprobadas, por unanimidad, una serie de recomendaciones y orientacio-

nes para la elaboración de la nomenclatura sobre Seguridad Social.

En resumen, la Conferencia estimó que es precisa una terminología de la Seguridad Social, y que debe aspirarse a elaborar una nomenclatura completa, señaló el método que debe seguirse al efecto, y estimó necesaria su inmediata elaboración en cuanto al español y al portugués.

En la última de las conclusiones, la Conferencia expresó el deseo de que los trabajos de la Secretaría General se coordinen con los de la Comisión y la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social. No fué ésta la única referencia al Congreso de Madrid y a las publicaciones españolas o iberoamericanas sobre la Seguridad Social. En casi todas las ponencias se mencionó abundantemente entre la bibliografía esta categoría de fuentes.

* * *

Sabido es que en esta clase de asambleas tiene tanta o mayor importancia que la labor en ellas realizada, la ocasión que suministran a los concurrentes de relacionarse unos con otros y de conocer el país en que se celebran y estudiar sus instituciones.

Esta finalidad fué favorecida por un extenso y grato programa de actos, visitas y excursiones que llenaron todo el tiempo no requerido para los trabajos de las diversas Secciones. Su organización fué perfecta y muy alabada.

Naturalmente, se dió ocasión a los congresistas para conocer a fondo los antecedentes y preceptos de la legislación sobre Seguridad Social, las instituciones que la aplican, las realidades logradas y las que se preparan o proyectan.

Una primera y bonísima impresión fué la producida por el edificio social del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el que se celebraron todos los actos de la Conferencia, excep-

to el inaugural. Es un inmueble de líneas modernísimas, amplio y luminoso, construido con excelentes materiales en la más hermosa avenida de la gran metrópoli mejicana. En él se hallan admirablemente instalados todos los servicios requeridos por el actual desarrollo de los Seguros sociales y prevista y reservada la zona que necesitará el desarrollo completo de los mismos. Nota destacable es la de los servicios utilizables por el personal del Instituto: guardería infantil, comedores, biblioteca, salas de conferencias, servicios higiénicos y sanitarios, etc.

La visión de conjunto de la Seguridad Social mejicana fué inmediatamente posible a través de las publicaciones del Instituto y de la Exposición organizada con ese objeto y que ocupaba una gran parte de una de las plantas del soberbio edificio.

Con una concepción de su tarea mucho más próxima del ejemplo español que de los otros países europeos o norteamericanos, en los que las instituciones de Seguros sociales creen limitada su misión a administrarlos con arreglo a las leyes, el Instituto mejicano tiene entre sus fines el de «difundir conocimientos y prácticas de previsión social» (art. 107, párrafo VIII), y lo cumple mediante una ya larga serie de publicaciones valiosas, de algunas de las cuales damos cuenta en otro lugar de este mismo número.

Coincidiendo también con el precedente del Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, una muy completa serie de maquetas, mapas y gráficos, metódicamente agrupados y permanentemente expuestos, permitieron darse cuenta rápidamente de lo que es ya y de lo que será cuando esté totalmente desenvuelta la Seguridad Social en Méjico.

De modo discreto, pero suficiente, se recorrieron y visitaron un hospital de maternidad, varios centros médicos de zona, el gran Hospital de la Raza, en avanzada construcción, y un buen número de establecimientos sanitarios y de oficinas

administrativas del Instituto o de sus Cajas regionales en Puebla, Acapulco y otras ciudades.

Bien pronto pudieron darse cuenta los miembros de la Conferencia de que sus organizadores y los que rigen los Seguros sociales de aquel país habían puesto los medios para que, sin propagandas engañosas o exageradas, se formara juicio de lo que Méjico ha logrado y de lo que piensa y hace para el futuro en orden a la Seguridad Social. Si en esos juicios hay error, no se deberá, ciertamente, a los rectores del Instituto y de la Conferencia.

Fué Méjico el país americano que antes proclamó, con la solemnidad de los textos constitucionales, su voluntad de implantar los Seguros sociales, pero el propósito no se tradujo en preceptos obligatorios hasta recientemente. Ese largo período le ha permitido utilizar la ajena experiencia y madurar sosegadamente las formas, sistemas y métodos de Seguridad Social que convenían a sus propias y muy singulares características raciales, económicas, políticas y sociales.

La Constitución de Querétaro (1917), en la fracción XXIX de su art. 123, contenía el compromiso de implantar, con carácter potestativo, una Ley de Seguros sociales. En esta dirección del Seguro voluntario se produjeron una serie de proyectos, unas veces estatales y otras federales, que no llegaron a ser aprobados. No existía en Méjico, como en otros países hispanoamericanos, una floración de instituciones de previsión que ofreciera resistencia o alternativa a la dirección estatal. Los Montepíos para empleados públicos creados allí, como en toda la América hispana, a fines del siglo XVIII, y que, a decir de Goñi Moreno, son el origen y forma determinante de la Previsión Social argentina, habían desaparecido mucho antes del siglo que corre. En 1925 se dictó la Ley general de pensiones civiles de retiro, y en 1928 se estableció el Seguro federal del Maestro. Poco a poco se iba creando ambiente y pre-

parando el terreno para la implantación del Seguro obligatorio.

En 1929, el texto constitucional mencionado fué modificado en su redacción: «Se considera—dice la fracción XXIX del art. 123 hoy vigente—de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá los Seguros de Invalidez, de Vejez, de Cesación involuntaria del trabajo, de Enfermedades y Accidentes y otros análogos.» Según Arce Cano y Mario de la Cueva, prestigiosos autores de obras sobre la materia, el sentido de esta reforma fué el de autorizar al legislador para que pudiera establecer el Seguro Social con carácter obligatorio. El General Avila Camacho, en el solemne momento de su toma de posesión de la Presidencia de la República, anunció que desplegaría todas sus fuerzas para que, «en un día próximo, las Leyes de Seguridad Social protejan a todos los mejicanos en las horas de adversidad, en la orfandad, en la viudez de las mujeres, en la enfermedad, en el desempleo, en la vejez...». Inmediatamente, bajo la dirección del Secretario de Trabajo, Lic. García Téllez, se iniciaron los trabajos, se requirió la colaboración de técnicos de reconocida solvencia, como el doctor Schoenbaum, y en 1941 se ordenó la constitución de una Comisión especial que revisó el anteproyecto preparado y elaboró el texto sometido al Congreso, y que fué la Ley vigente del Seguro Social, de 3 de diciembre de 1942, en la que se han introducido algunas reformas posteriores, principalmente en 1947, que consta de 142 artículos y 10 transitorios.

Desde el punto de vista técnico, la Ley mejicana sigue la que pudiéramos llamar tendencia clásica, iniciada en Alemania: comprende los trabajadores asalariados (con excepción, hasta que nuevas Leyes los comprendan, de los al servicio del Estado, a domicilio, domésticos, del campo, temporales y eventuales); tiene base territorial; abarca los Seguros de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, de En-

fermedad y Maternidad, de Invalidez, Vejez y Muerte y de cesantía involuntaria en edad avanzada (sesenta años cumplidos); se basa en el pago de cuotas patronales, obreras y del Estado, excepto en los Seguros de riesgo profesional; adopta sistemas financieros de reparto, de cobertura de capitales o de primas promediales, calculadas tomando en cuenta, no tan sólo las prestaciones actuales, sino las pagaderas en un futuro lejano, con la consiguiente inversión de reservas; y entrega la gestión exclusiva de todos los Seguros, considerados como servicios públicos, a una sola institución territorial, autónoma, personificada y regida por representantes del Estado, de los patronos y de los asegurados; a cargo de ella existen también Seguros facultativos y adicionales, que permiten aumentar los beneficios o extenderlos a clases de trabajadores no comprendidos aún en el régimen obligatorio.

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene como órganos la Asamblea general, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y el Director general. Consta la Asamblea de 30 miembros, de los que 20 son representativos de patronos y asegurados, y se reúne anualmente una sola vez, correspondiéndole la designación del Consejo Técnico (9 miembros, repartidos según las representaciones) y de la Comisión de Vigilancia (3 miembros, uno de cada representación). El Director general es nombrado por el Presidente de la República; tiene el derecho de veto sobre los acuerdos del Consejo, y propone a éste el nombramiento y separación de los jefes y administradores, acordándolos por sí mismo respecto de los demás empleados.

Es a propuesta del Instituto como se acuerdan por el Presidente de la República las fechas de implantación de las diversas ramas del Seguro en cada circunscripción territorial. De esta facultad se ha hecho un uso prudente. Aunque no se prescinda de concertar servicios, se tiende—con indudable acierto—a disponer de los establecimientos propios sanitarios

y administrativos en edificios hechos de planta, siendo ésta una de las actividades primordiales del Instituto, según planes técnicos y financieros bien estudiados. Se comenzó, en 1943, por implantar los Seguros en el Distrito federal, y han sido instaurados progresivamente en Puebla y Tlascala (1945), Monterrey (1945), Guadalajara y otros distritos de Jalisco y Veracruz (1945 y 1946) y varios municipios industriales del Estado de Méjico (1948). Como el conocimiento de los buenos resultados aumenta la demanda de implantación, y, por otra parte, el Instituto dispone cada día de personal más competente y de medios financieros más abundantes, es presumible y esperado que el ritmo de extensión de la Ley se acelere en términos que abarque pronto a todo el territorio nacional y a todos los trabajadores y sus familias.

RESOLUCIONES DE LA IV REUNION DE LA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

I

EXTENSIÓN DEL SEGURO SOCIAL A LOS TRABAJADORES DEL CAMPO.

Recomendaciones a los Gobiernos de los países americanos:

1.º Que, con el objeto de mejorar las condiciones de vida y trabajo del campesino y de la población rural, adopten medidas de seguridad de orden educativo, sanitario y económico, encauzando las actividades del Estado y las de los particulares hacia tales fines.

2.º Que, entre las medidas de Seguridad Social cuya adopción se reputa aconsejable, se proceda a implantar el Seguro Social en beneficio de los trabajadores del campo, procurando que su extensión se ajuste a las condiciones demográficas, sociales y económicas de cada país.

3.º Que la aplicación del Seguro Social en favor de los trabajadores del campo responda a estudios previos, se desarrolle en forma escalafonada y coadyuve a su protección integral.

4.º Que el primer paso en la aplicación del Seguro Social al campo lo constituya preferentemente la protección de los riesgos de enfermedad y maternidad.

5.º Que la financiación del Seguro Social, aplicado al campo, se establezca a base contributiva de los diversos ele-

mentos interesados en la producción agrícola, incluyéndose en el grado que sea necesario la participación estatal.

6.ª Que, de acuerdo con los principios de solidaridad, el Seguro Social aplicado al campo forme una unidad financiera, técnica y administrativa con el Seguro Social de los trabajadores urbanos.

7.ª Que, dentro de las funciones posibles del Seguro Social aplicado al campo, se considere de capital importancia la función preventiva, y que se centralice el control de las actividades del Seguro y se descentralice la aplicación de sus funciones.

8.ª Sin perjuicio de las recomendaciones anteriores acerca de la extensión del Seguro Social a los trabajadores del campo, los países americanos podrán usar otros sistemas para la protección de los trabajadores agrícolas, procurando ajustarlos a los principios que inspiran las recomendaciones precedentes.

II

PRESTACIONES FAMILIARES GENERALES.

Conclusiones:

I. Los Estados americanos deberían instituir sistemas de prestaciones familiares o ampliar los ya existentes, coordinándolos con todas las formas de actividad tendentes a la protección integral de la familia.

II. Cada Estado, de acuerdo con sus propias condiciones económicas, sociales y demográficas, debe determinar el grado, la forma y el orden en que habrá de implantarse o ampliarse esa protección.

III. Se recomienda que los Estados americanos estudien la conveniencia de concertar tratados de reciprocidad, en lo que se refiere a las prestaciones familiares, y esta recomenda-

ción se dirige fundamentalmente a los países que tengan fronteras comunes.

III

PROBLEMAS MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Decisiones de trabajo.

1.ª La experiencia adquirida por las instituciones de Seguridad Social de los países americanos, sobre las prestaciones médicas impartidas con servicios propios, demuestra de una manera acabada y terminante que es la más eficaz, económica y responsable; permite, por otra parte, la formación de bioestadísticas, la uniformidad en las prestaciones y el control técnico de las mismas.

Los servicios contratados se aceptarán únicamente cuando, por motivos especiales, no se puedan impartir los propios.

Los servicios médicos de las instituciones se coordinarán con los servicios oficiales de Salud Pública para la prestación de los servicios de Medicina preventiva, y con los mismos o con instituciones particulares de tipo nacional, para campañas específicas de esa naturaleza (lucha contra la tuberculosis, venéreos, etc.).

2.ª Considerando que las instituciones de Seguridad Social, por sus altas finalidades, inician y sustentan una nueva modalidad en el ejercicio de la Medicina;

Considerando que esta modalidad imprime características peculiares al mismo servicio, tanto en los aspectos técnicos como en las exigencias deontológicas;

Considerando que, para cubrir fielmente los compromisos con los derechohabientes, las instituciones de Seguridad Social necesitan satisfacer la exigencia irrenunciable de servirse de un personal idóneo y específicamente preparado: se recomienda que las instituciones de Seguridad Social emprendan

una campaña para incrementar su influencia desde la iniciación profesional del médico y del personal técnico auxiliar, dirigida a dar orientación social a los estudios médicos y afines.

3.ª Considerando que las buenas relaciones entre los médicos y las instituciones de Seguridad Social son necesarias para el incremento y conservación de la salud de los derechohabientes;

Considerando que, por la amplitud de su radio de acción, la Seguridad Social debe hacerse responsable de la evolución ascendente de los progresos de la Medicina: se propone que la política médica de las instituciones de Seguridad Social se oriente a la búsqueda de todos los estímulos que hagan del profesional el mejor intérprete de sus finalidades y el mejor aliado para la realización de las mismas.

Para tal propósito, deberán garantizarse a los médicos los siguientes aspectos:

- I. Selección rigurosa.
- II. Contratación especial de acuerdo con la organización técnica de las instituciones.
- III. Remuneración justa y protección social del profesional.
- IV. Supervigilancia técnica de las actividades profesionales.
- V. Mejoramiento técnico, a base de la práctica de la Medicina de alto nivel científico, con estímulos para el perfeccionamiento del profesional, tales como equipos, biblioteca, investigación científica, becas, etc.
- VI. Garantía de estabilidad, de acuerdo con la contratación y sobre la base de eficiencia y cumplimiento.
- VII. Incremento de la confianza de los derechohabientes.

en las atenciones médicas del Seguro y en los facultativos que las prodigan.

4. Considerando que las instituciones de Seguridad Social realizan sus prestaciones sin fines de lucro y sobre la parte activa de una población, se comprende la necesidad de velar, no solamente por la salud, sino por la capacidad productiva del sujeto. En tal virtud, se recomienda a todas las instituciones que intensifiquen sus actividades de recuperación, en los aspectos de reeducación, reorientación y rehabilitación profesionales. Se propone que la Secretaría General coordine las actividades de los distintos países para formular un plan mínimo de normas, orientador y encauzador de estos servicios.

5.ª Se encarece la importancia que tiene para las instituciones la organización y mantenimiento de los archivos clínicos. Para que se obtenga de ellos el máximo de beneficio, se recomienda la unificación de la terminología médica y la unificación en los métodos de bioestadísticas. La Secretaría General de la Conferencia se encargará igualmente de coordinar las actividades de las diversas instituciones para lograr, a la mayor brevedad posible, los fines antes mencionados.

6.ª La experiencia recogida en los diferentes países de América en el campo de la Seguridad Social pone de relieve la necesidad imperiosa de buscar la coordinación adecuada entre las instituciones de Seguridad Social del Continente. Se recomienda estudiar un programa mínimo de intercambio, que de momento puede iniciarse con éxito por medio de la concesión de becas, que otorguen los Organismos internacionales, los Gobiernos y las instituciones de Seguridad Social.

7.ª Teniendo en cuenta las actividades tan importantes que en el campo de la Medicina del Trabajo desarrollan las instituciones de Seguridad Social, se recomienda la creación de servicios especializados en esa materia, con personal téc-

nico preparado que se encargue, en forma específica, de estudiar todos los problemas que con aquélla se relacionen.

8.^a La experiencia recogida en los países de América permite afirmar la necesidad de que todas las instituciones de Seguridad Social dispongan de un «cuadro básico de medicamentos», «arsenal farmacológico» o «formulario *standard*» completo, sencillo, suficientemente elástico y de observancia obligatoria. Acorde con este cuadro, se darán en cada país las normas principales que deban adoptarse para dar preferencia al uso de las fórmulas magistrales.

9.^a Con el fin de lograr el mejor éxito de los tratamientos en las instituciones de Seguridad Social, se recomienda el planeamiento de una campaña orientada a sistematizar en lo posible los métodos diagnósticos y terapéuticos.

10. La experiencia de las instituciones de Seguridad Social pone de manifiesto las ventajas que las mismas obtienen con la elaboración de sus medicinas, por lo que se permite recomendar la creación de sus propios laboratorios de producción cuando las necesidades de consumo lo ameriten.

11. Teniendo en cuenta los elevados costos de las medicinas y la necesidad de su mejor aprovechamiento, se recomienda que las instituciones pongan el mayor cuidado en la vigilancia de la utilización de los medicamentos prescritos.

12. En la política de prestación de servicios, se recomienda que las instituciones de Seguridad Social utilicen farmacias propias en las mismas unidades encargadas de impartir los servicios médicos.

13. Considerando las ventajas que existen en la denominación de los medicamentos por su nombre genérico científico, en vez de los nombres comerciales de éstos, se recomienda en lo posible la primera denominación en las prescripciones, y la codificación adecuada de esos productos en los almacenes y farmacias propios del Seguro Social.

14. Esta Comisión considera de sumo interés que la Se-

cretaría General continúe el estudio de los problemas médicos y farmacéuticos de la Seguridad Social en los distintos países americanos, en colaboración con éstos, ya que son problemas de la más alta importancia para la consolidación del prestigio de las instituciones de Seguridad Social en tierras americanas.

IV

DISCUSIÓN PRELIMINAR DE UNA TERMINOLOGÍA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Recomendaciones y orientaciones que debe tomar en cuenta el plan de trabajo que formule la Secretaría General para elaborar una nomenclatura sobre Seguridad Social.

I. La Comisión parte de la afirmación de que se precisa una terminología de Seguridad Social.

II. La Comisión considera, como propósito final, la elaboración de una nomenclatura completa de Seguridad Social.

III. La Comisión considera que la reducción de la nomenclatura de Seguridad Social ha de hacerse simultáneamente en los idiomas oficiales aprobados por la Conferencia, esto es, español, portugués, inglés y francés; pero si, por consideraciones de carácter técnico, no pudiera ser realizado este trabajo a la vez, se considera necesaria su inmediata elaboración en español y en portugués.

IV. La Comisión encarece la necesidad de proceder, con la urgencia que el asunto merece, a los estudios para la fijación de una terminología básica de Seguridad Social, dando especial énfasis a la inmediata ejecución de la primera fase de los trabajos.

V. La Comisión recomienda que la nomenclatura de Seguridad Social ha de presentar las características de convencionalidad, variabilidad y sistematización.

Entiende por convencionalidad la común aceptación en el uso de los términos con el sentido que le atribuye en la nomenclatura.

Considera que la variabilidad de la nomenclatura consiste en el deber y la posibilidad de que sea revisada periódicamente, a fin de adaptarla a las necesidades de la realidad que la misma expresa y a la constante evolución de los conceptos.

En cuanto a la sistematización, estima que, sin perjuicio de utilizar por su comodidad instrumental el sistema alfabético, debe procurarse llegar a una nomenclatura ordenada lógicamente, de manera que favorezca el desarrollo y conocimiento institucional de la Seguridad Social.

VI. La Comisión estima que los términos de la nomenclatura de Seguridad Social deben provenir de tres diferentes fuentes:

La primera, constituida por las legislaciones nacionales, entendiéndose por tales no solamente las leyes de Seguridad Social, Seguros sociales, Previsión Social, Asistencia Social, etc., de los diferentes países que hablan el idioma en el cual se trata de hacer la nomenclatura, sino también los textos constitucionales, reglamentos de aplicación, resoluciones de organismos técnicos, jurisprudencia, etc.

La segunda fuente, formada por las obras doctrinarias y lingüísticas; y

La tercera, por las publicaciones de los organismos internacionales y por sus instituciones especializadas que tienen relación con las materias de Seguridad Social.

VII. La Comisión estima que el procedimiento de trabajo para lograr una nomenclatura de Seguridad Social comprende:

a) La búsqueda y recopilación de los términos obtenidos en las fuentes antes apuntadas;

- b) La agrupación y selección de los términos recopilados, y
- c) La definición de dichos términos.

VIII. La Comisión considera conveniente que la primera de las etapas corra a cargo de personas o Comisiones de cada país americano, designadas por la Secretaría General, de acuerdo con las instituciones respectivas y, en su caso, con el Delegado de la misma en el Comité. A este efecto, cada país representado señalará los nombres de aquellas personas que se caracterizan por su dedicación a los estudios de la Seguridad Social, a fin de que conozcan las diversas aportaciones en otros países de esta labor de nomenclatura y se les estimule a ofrecer su participación en este trabajo.

En lo que se refiere a los idiomas español y portugués, procurará la Secretaría General la coordinación de sus trabajos con los realizados por la Comisión y la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social.

La segunda y tercera etapas correrán a cargo de Comisiones o Conferencias de expertos comunes a los países del mismo idioma, convocadas por acuerdo del Comité.

RESOLUCIONES Y DECISIONES DE TRABAJO SOBRE PUNTOS NO INCLUIDOS EN EL ORDEN DEL DÍA.

A

Sobre incorporación de trabajadores organizados en forma comunitaria a los sistemas de Seguridad Social,

Recomienda:

«Que, en coordinación con los organismos de la Oficina Internacional del Trabajo, se estudien y se adopten, por aquellos países en que existen núcleos de trabajadores organizados

en forma comunitaria o cooperativa, las medidas conducentes a su mejoramiento económico y social, incorporándolos a los sistemas de Seguridad Social, y aprovechando para ello las características peculiares de su organización.»

B

Sobre reforma de los Estatutos y Reglamentos de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

La necesidad de reformar los Estatutos y Reglamentos de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y sus órganos se puso una vez más en evidencia durante las sesiones de esta IV Reunión.

El Secretario general, en diversas oportunidades, había expresado su opinión en este sentido, y es así como el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, en esta su V Reunión, resolvió encomendar a la Comisión Ejecutiva el estudio de la nueva Constitución de la institución denominada «Conferencia Interamericana de Seguridad Social» y sus órganos.

La Asamblea Plenaria, en su sesión del 8 de abril, aprobó esta decisión del Comité Permanente.

C

Sobre representación tripartita en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, concediendo derecho de voto a los representantes obreros y patronales.

«Que los países miembros deben constituir sus representaciones a las reuniones de la Conferencia en forma tripartita, concediéndoles el derecho de voto a los representantes obreros y patronales.»

II-ESTUDIOS

ASPECTOS TECNICOS DE LA EXTENSION DEL SEGURO SOCIAL AL CAMPO ⁽¹⁾

*por el Ing. Jesús Rodríguez y Rodríguez,
y el Dr. Roberto Curial Cueto*

Establecido el principio que consideramos debe orientar la extensión del Seguro Social al campo, estimamos de interés fijar las ideas generales de aplicación, por lo que se refiere a problemas de orden técnico-organizativo, aceptando de antemano que los detalles, y quizá algunas de las normas recomendadas, no sean de aplicación práctica en todos los países americanos. Nuestro deseo es dar a conocer la forma como pensamos debe hacerse la aplicación del Seguro Social en regiones poco avanzadas, y que, por lo mismo, presentan serias dificultades.

Es necesario aclarar que la intención va encaminada a resolver el problema de la protección del trabajador campesino de bajo nivel económico, que no puede aportar cotizaciones de la magnitud de las del trabajador urbano, por tener derecho a la más amplia protección prevista en los Seguros sociales establecidos en cada país; que, por lo general, nos limitamos a tratar los problemas desde el punto de vista del Seguro Social, considerando que, una vez asentada la tesis que orien-

(1) De la ponencia «La extensión del Seguro Social al campo», presentada a la IV Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

ta nuestro pensamiento, sólo cuando creemos absolutamente necesario, hacemos mención a la Seguridad Social, por la relación directa que puede tener el sentido de ésta en la modificación de la organización clásica de los Seguros sociales.

Riesgos a cubrir.—Son de diferente tipo, magnitud y consecuencia los riesgos a los que está expuesta la Humanidad; pero los que cubre directamente el Seguro Social son aquellos que afectan a la vida y la economía del individuo.

Son ocho los riesgos clásicos cuya cobertura se hace actualmente por medio del sistema de protección «Seguro Social»: enfermedad, maternidad, daños ocasionados en el empleo, invalidez, vejez, desempleo, muerte y asignaciones familiares, aun cuando propiamente este último riesgo corresponde más bien a una política de Seguridad Social con miras de protección más amplias que las del Seguro Social.

Estas contingencias clásicas, por las consecuencias que originan en el hombre, podemos dividir las en tres grupos:

A) Daños a la salud que causan *temporalmente* la disminución o pérdida de los ingresos.

B) Daños que causan *definitivamente* la disminución o pérdida de los ingresos.

C) Exigencias de mayores ingresos por lo numeroso de la familia.

El primero comprende a la enfermedad, a la maternidad y al desempleo; el segundo, a la invalidez, la vejez y la muerte, y el tercero, a las asignaciones familiares.

Por lo que más adelante exponemos, consideramos dentro de la enfermedad al accidente y a la enfermedad, y dentro de la invalidez, a la incapacidad permanente, parcial o total, derivada de riesgos profesionales.

Enfermedad-maternidad.—La enfermedad es el riesgo que en forma más frecuente encontramos como causa de desequilibrio económico del trabajador asalariado, ya sea que impida

la actividad laboral y, por consiguiente, la percepción de ganancia, o bien por exigir el gasto de la atención médica, aun cuando no haya incapacidad para el trabajo; es, además, sobre todo, cuando no es tratada en forma oportuna y eficiente, causa de estados de invalidez, de vejez prematura o de muerte.

Después de la enfermedad, es la maternidad la que con mayor frecuencia ocasiona el desequilibrio económico del trabajador, debido al gasto que implica la asistencia obstétrica o por anular durante un tiempo toda actividad laboral a la mujer trabajadora.

Desempleo.—El desempleo llega a ser un problema de gran magnitud en naciones capitalistas altamente industrializadas, y cuya población trabajadora, en un gran porcentaje, se encuentra especializada. En los países latinos, donde la etapa de la industrialización se inicia, el desempleo del trabajador empieza a ser un problema frecuente, y que se deja sentir tanto en los centros urbanos como en el campo; sin embargo, no tiene las características de requerir con premura la protección, como la exige la enfermedad o la maternidad. No obstante, hay un caso que puede provocar el desempleo en cualquier momento, y es el que se refiere a los desastres a que está expuesta la agricultura por riesgos naturales propios de ella: inundaciones, sequías, granizo, heladas, incendios, etc., que cuando se realicen, haciendo imposible el pago de cotizaciones, no deben ser motivo de la suspensión de las prestaciones que se otorguen por el Seguro Social.

Fuera de estas contingencias, que además están fuera del alcance actual para evitarlas, el desempleo debe prevenirse, y no protegerse, mediante el pago de primas que haga el trabajador al Seguro Social para recibir un subsidio en dinero en caso de realizarse.

El incremento de la población campesina, la mecanización de las actividades agrícolas, la destrucción o no recolección de las cosechas por exigencias del mercado pueden traer, en

mayor o menor grado, el desempleo de trabajadores asalariados o la pérdida de ganancia para el trabajador libre, problemas que pueden y deben ser previstos al proyectarse la utilización racional de los recursos y valores humanos, derivando el excedente de trabajadores hacia la industria agrícola, la apertura de nuevas tierras, la conservación de bosques, etc., condiciones todas ellas que previenen el desempleo o la emigración ilógica de los habitantes.

Igual previsión debe tenerse para utilizar el tiempo perdido por los trabajadores del campo, quienes, en el mismo ciclo periódico de las actividades agrícolas, disponen de tiempo para dedicarse a actividades conexas a la agricultura.

Invalidez, vejez, muerte.—Iguales estados de invalidez o de incapacidad parciales entre obreros industriales o trabajadores del campo no tienen las mismas consecuencias, debido fundamentalmente a que éstos viven en un medio en que hay un gran número de actividades sencillas que permiten la reeducación de individuos parcialmente inválidos. La gran invalidez, la incapacidad total o la muerte del trabajador, aun cuando sí son causa de la desgracia y la miseria del núcleo familiar, no presentan, para la mayor parte de la población, el carácter de riesgos inmediatos, en contraposición de la enfermedad o la maternidad, que sí lo tienen.

Por otra parte, sería difícil aceptar para un trabajador del campo la obligación de pagar cuotas para su protección por un probable estado de invalidez, para una vejez o una muerte que se ven lejanas, mientras no tiene para comer o cubrir sus necesidades más inmediatas e indispensables.

Asignaciones familiares.—La alta mortalidad infantil de la América Latina y el atraso cultural de su población están indicando que las asignaciones familiares deben proporcionarse con criterio distinto al que se sustenta en países de condiciones opuestas, como son los europeos. Es decir, en Latinoamérica, la ayuda a las familias que tienen numerosos miem-

bros, no debe ser en forma de subsidios en dinero, sino de prestaciones en especie; esto es, servicios médicos, farmacéuticos y hospitalización, ayudando a cubrir de esta manera las erogaciones del presupuesto familiar exigidas para la atención de enfermedades y maternidad.

• Por otra parte, la ayuda a familias numerosas debe estar orientada también a la educación de los hijos.

En el medio rural, en donde hay escasez o nula atención médica y en donde el analfabetismo tiene sus mayores índices, es donde precisamente se ajusta más este criterio para el otorgamiento de ayudas familiares.

Méjico es uno de los dos países de la América Latina que, en su Ley original del Seguro Social, otorga el derecho a las prestaciones en especie a los familiares de los asegurados, y cuando los huérfanos pensionados estudian, tal derecho se les prorroga hasta la edad de veinticinco años.

Riesgos profesionales.—Los riesgos profesionales en el campo no tienen la misma importancia y consecuencia que en la ciudad, en virtud de que se presentan relativamente en forma muy reducida, excepto en algunos tipos de trabajadores, como los mineros, expuestos a la silicosis; además, las enfermedades profesionales en el campo, por lo general, se confunden como las enfermedades generales, y los accidentes se realizan en forma apreciable sólo en aquellas zonas donde existe un índice considerable de maquinismos, cosa que no es característica de la agricultura de la América Latina.

Lo que importa de un riesgo profesional realizado en el campo es su inmediata atención médica, y ya, al hablar del riesgo enfermedad-maternidad, hemos dejado asentado que comprendemos dentro del término «enfermedad» tanto el accidente y la enfermedad, cualquiera que sea su causa, por lo que es necesario aclarar nuestro criterio sobre esta yuxtaposición de riesgos en la extensión del Seguro Social al campo.

Muy lejos está de nuestra mente el desconocer las leyes

del trabajo que en América tienen previsiones para la reparación de los riesgos profesionales; menos aún cuando nuestra convicción es que el trabajador del campo tiene el mismo derecho para la protección contra los riesgos originados en el empleo que el trabajador urbano de la industria.

La protección a los trabajadores del campo que sufran algún riesgo profesional debe comprender:

- a) Atención médica necesaria para recuperar la capacidad de trabajo;
- b) Aparatos de prótesis u ortopedia, cuando sean necesarios;
- c) Subsidios en dinero, que sustituyan el salario durante las incapacidades temporales para el trabajo, y
- d) Pensión vitalicia o indemnización global, como reparación a incapacidades permanentes.

La consecuencia para el trabajador ante este riesgo es la misma que ante el de enfermedad no profesional: merma o pérdida del salario. La diferenciación se ha establecido con la adopción de la nueva teoría del riesgo profesional, que se funda específicamente en la responsabilidad de la industria, quien es, por consecuencia, responsable de la indemnización correspondiente al daño sufrido por el trabajador.

La reparación de los daños causados por los riesgos profesionales a los trabajadores del campo ha tenido diverso trato legal en América; en algunos casos, la protección del riesgo profesional se limita a determinado tipo de trabajadores, como, por ejemplo, sólo a los que emplean en su trabajo cierto tipo de maquinaria; en otros, el trabajador agrícola es excluido en la protección; hay países donde se deja en libertad al patrono para cumplir las obligaciones de la reparación del daño, y en los más se protege a los trabajadores del campo mediante disposiciones legales, que en la práctica sólo son letra sobre papel.

El problema que se plantea entre la necesidad de proteger a la población campesina, por un lado, y la aplicación de los ordenamientos legales, por otro, puede tener tres soluciones :

1.ª En aquellos países en los cuales existen leyes laborales para proteger al trabajador del campo, y sean cumplidas por los patronos, la simplificación de los sistemas de protección, incluyendo dentro del Seguro Social el aseguramiento de los riesgos profesionales, es la solución preferible.

2.ª En aquellos países en los cuales no existan disposiciones legales sobre responsabilidad patronal para la reparación de daños ocasionados en el empleo a trabajadores del campo, debe extenderse el Seguro Social sobre la base de la unificación de riesgos ; y

3.ª En aquellos países en los cuales existen leyes del trabajo que prevean la protección del trabajador del campo ante los riesgos profesionales, pero que en la práctica no se cumplan por imposibilidad económica de los patronos, el Seguro Social debe conseguir, en etapas sucesivas, la unificación administrativa de los riesgos protegidos legalmente.

En cualquiera de los tres casos, se considera que la asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria debe ser otorgada por el Seguro, ya que la asistencia médica que necesite un enfermo es ajena técnicamente a la posibilidad de que se trate de un riesgo profesional o de una enfermedad no profesional, y si la existencia de servicios médicos en el medio rural es muy raquítica o nula, las instalaciones médicas y el personal del Seguro Social en el campo deben atender a la población, sin hacer distingos. Lo contrario originará desperdicio de elementos técnicos, encarecimiento del costo de las prestaciones otorgadas y complejidad administrativa.

Por lo que hace a las obligaciones en dinero, ya sean subsidios, pensiones o indemnizaciones globales, no deben ser problema de otorgamiento por el Seguro Social en el prime-

ro y tercer casos, ya que en uno existe el patrono con responsabilidad económica para el pago de primas, y en el otro, las prestaciones en dinero deben de estar unificadas en los dos riesgos y de acuerdo con el poder económico de la población, la que debe estar obligada a pagar las aportaciones correspondientes al Seguro, para su sostenimiento.

En el tercer caso, al extender el Seguro Social al campo, la yuxtaposición de estos dos riesgos debe tratarse de la manera siguiente :

a) En una primera etapa, debe otorgarse la asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que se necesite, sin hacer distingos con la asistencia médica proporcionada en los casos de enfermedad no profesional, dando igualmente las prestaciones económicas previstas para este último riesgo, dejando, por lo pronto, a cargo de los patronos las obligaciones económicas no cubiertas y el otorgamiento de aparatos de prótesis u ortopedia que las leyes del trabajo determinen como reparación en caso de riesgos profesionales realizados.

b) En una segunda etapa, debe extenderse el aseguramiento, para que el Seguro otorgue a los trabajadores del campo los aparatos de prótesis y ortopedia y la totalidad de las prestaciones económicas que, en caso de accidentes del trabajo, tenga derecho el trabajador ; y

c) Por último, debe extenderse el aseguramiento para cubrir obligaciones económicas en casos de enfermedades profesionales.

Este último aspecto, el del aseguramiento para reparación de daños causados por enfermedad profesional, reviste caracteres especiales en el campo.

Por experiencia, sabemos que el determinar la profesionalidad de un accidente no presenta mayores dificultades ; no así la enfermedad, que, para catalogarse como profesional, casi siempre es motivo de discusiones y controversias entre las

partes; esto ocurre más si las leyes laborales han aceptado para el campo alguna definición para determinar la profesionalidad, en lugar de contener tablas enumerativas.

Esta situación se agrava si la legislación en vigor trata de diferenciar si las causas de enfermedad actuaron en los lugares de trabajo o fuera de ellos; por otra parte, debido a la carencia de servicios médicos, no se tienen estadísticas sobre enfermedades profesionales ocurridas en el trabajador agrícola, que pudieran servir para basar los cálculos de las primas; de ahí que se piense que lo preferible es posponer el aseguramiento de las enfermedades profesionales.

En resumen, la realización de las diversas contingencias que provocan la disminución o pérdida de la capacidad de trabajo, el grado de mayor o menor trascendencia que para la colectividad tienen cuando se realizan y la necesidad de protección inmediata, o mediata, nos llevan a sugerir que en la extensión del Seguro Social a una zona rural la cobertura de los diversos riesgos se haga en forma progresiva, en diferentes etapas y siempre de acuerdo con el nivel económico de la población.

La progresión puede comprender tres períodos:

En el primero, y en una etapa inicial, debe darse la asistencia médica u obstétrica necesaria para todo caso de enfermedad o maternidad, sin otorgamiento de prestaciones en dinero; en una segunda etapa, debe completarse la cobertura del riesgo enfermedad-maternidad y la reparación económica de los accidentes del trabajo.

En el segundo período, y en etapas sucesivas, debe protegerse a la población contra los riesgos de invalidez, vejez y supervivencia.

En el tercero, y también en etapas sucesivas, debe hacerse la cobertura del desempleo y cargas familiares.

La progresión en la cobertura siempre debe estar de acuerdo con las condiciones económicas de la población amparada.

CAMPO DE APLICACIÓN.

Extensión territorial.—Al estudiar la superficie cubierta y las personas protegidas por los Seguros sociales, llegamos al conocimiento de que el campo de aplicación se ha desarrollado dentro de alguna de las siguientes posibilidades :

1.ª Ley nacional o regional de aplicación a toda la población.

2.ª Ley nacional o regional de aplicación a sólo determinados grupos de población ; y

3.ª Ley nacional de aplicación escalonada, con inclusión de todos o sólo determinados grupos de población. (A esta misma situación llega la aplicación sucesiva de leyes regionales.)

Para la resolución del problema que tratamos, creemos que la legislación más práctica y la que da mayores posibilidades para la extensión es la de una ley nacional que, conteniendo las bases fundamentales del amparo que debe proporcionar el Seguro Social, sea lo suficientemente flexible en sus ordenamientos para hacer su extensión progresiva, tanto horizontal (personas protegidas y superficie) como vertical (riesgos cubiertos).

En estas condiciones, la ampliación regional del sistema podrá lograr, con el tiempo, el que de hecho quede comprendida en el Seguro Social toda la extensión territorial de todo un país, aun cuando, al complementarla, el conjunto nos presente un verdadero mosaico nacional, por lo que a riesgos inicialmente cubiertos se refiere. La igualdad en la protección para todos los trabajadores será fácil de alcanzar en etapas posteriores.

Esta sugerión es principalmente aplicable a la América Latina, pues la extensión del Seguro Social al campo no sólo se ve entorpecida por el bajo nivel económico de la población rural, sino que, como consecuencia de lo mismo, no se cuen-

ta con facilidades de orden físico para llevar a cabo la aplicación del sistema. Vías de comunicación, electricidad, agua potable, edificios, etc., son otros tantos problemas que deberán resolverse para poder organizar el Seguro Social en el campo, problemas que requieren dinero y tiempo para quedar resueltos, siendo imposible que nuestras zonas rurales, que poco o nada tienen, pudieran contar con dichas facilidades en corto tiempo.

Personas a proteger.—Si la idea que nos orienta para salvar de la miseria y el abandono a la población campesina es la de una economía nacional y planificada de los recursos y valores humanos, lógico es afirmar que todo miembro integrante de la sociedad debe contribuir con su esfuerzo para lograr el bienestar de la colectividad; por lo tanto, toda persona que viva en una región determinada donde se vaya a implantar el Seguro Social tiene derecho a la protección que se otorgue.

La inclusión de los trabajadores asalariados o a sueldo, permanentes o temporales, de Empresas privadas o dependientes de los Poderes del Estado; los independientes o los pequeños propietarios, no despiertan ninguna duda sobre el derecho a su aseguramiento. Los patronos dueños de grandes Empresas o los propietarios de bienes inmuebles, que frecuentemente son excluidos de los Seguros sociales, cuando éstos se consideren como sistemas de protección para la clase obrera, tienen el mismo derecho que los trabajadores asalariados cuando la idea que nos orienta es la Seguridad Social, ya que dan su esfuerzo para el logro del bienestar general; y si bien es cierto que algunos conservan un potencial económico que les permite resolver cualquier complicación originada por la realización de algún riesgo, hay un buen número, quizá el mayor porcentaje de ellos, que están tan expuestos a los infortunios como los mismos trabajadores asalariados, sin que haya una razón valedera para seguir sosteniendo su exclusión. Además, si un patrono tiene un nivel económico suficiente para

protegerse de los riesgos sociales individualmente, no reclamará la prestación de los Seguros sociales, y si, por el contrario, la realización de algún riesgo desequilibra su economía, dejándolo sin amparo ante el infortunio, recurrirá a las prestaciones del Seguro Social, cumpliendo la sociedad con una obligación al conceder la protección prevista a un individuo que la necesita. Ante tal trato, tendrán que llegar a considerar a la institución, no como un mal más dentro de las cargas del Estado, sino como un organismo de servicio social que derrama sus beneficios entre todos los integrantes de la comunidad.

Analizando, con base en la edad y el estado civil, este aspecto técnico de las personas a proteger, en función de su aseguramiento o dependencia de un asegurado, podemos concluir en lo siguiente, que aclara nuestra manera de pensar :

I. Toda persona mayor de dieciséis años, o asalariado permanente, aun cuando no tenga todavía dicha edad, debe tener la obligación de afiliarse, con la calidad de asegurado, en el Seguro Social.

II. Deben quedar comprendidos en el Seguro Social, pero con derechos dependientes de algún asegurado :

- a) La esposa o compañera del asegurado ;
- b) Los hijos menores de dieciséis años ;
- c) Los que sufran un estado de invalidez total que los incapacite para desarrollar alguna actividad, siempre que no estén pensionados ;
- d) Los hijos mayores de dieciséis años que estudien en escuelas del Estado o incorporadas a éste.

La inclusión total de las población rural económicamente activa al Seguro Social sólo dará lugar a problemas, por lo que a cobro de cotizaciones se refiere, punto que trataremos en el capítulo correspondiente.

PRESTACIONES A OTORGAR.

Las prestaciones por otorgar deberán estar de acuerdo con la etapa que se viva de riesgos cubiertos; es decir, con la etapa alcanzada según el desarrollo del plan económico previsto, comenzándose por proporcionar en el primer período de la extensión del sistema al campo aquellas prestaciones en especie y en dinero que se consideran como las más urgentes para la protección de la población. Durante el segundo y tercer período, o sea durante la evolución misma que el sistema logra en una región, deben irse aumentando las prestaciones en especie y en dinero, hasta alcanzar la intensidad de la protección otorgada por los Seguros en las zonas urbanas.

Todas las obligaciones de un Seguro Social integral que compense los daños económicos quedan comprendidas en cualquiera de estos tres grupos:

- 1.º Prevenir.
- 2.º Curar.
- 3.º Reparar.

En el primero están incluidas todas aquellas prestaciones que tiendan a proteger la capacidad de trabajo del individuo; prevención de enfermedades evitables, de accidentes y de enfermedades profesionales, de accidentes no profesionales, educación higiénica a toda la población amparada, especialmente lo que se refiere a los capítulos maternoinfantil y venereo-lógico.

El segundo comprende todas las prestaciones de carácter médico necesarias para recuperar la capacidad de trabajo del individuo cuando se altere por alguna enfermedad, o curar la enfermedad de los beneficiarios familiares. En él quedan incluidas la asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria; los aparatos de prótesis u ortopedia y los estudios

médico-psiquiátricos indispensables para lograr la rehabilitación de los individuos inválidos.

El tercer grupo incluye las prestaciones en dinero, que se dan como sustitución del salario cuando éste no puede percibirlo el trabajador o la familia, en caso de supervivencia.

Las prestaciones a otorgar en la aplicación del Seguro Social al campo, durante las etapas que en esta ponencia se consideran, deben depender fundamentalmente de las condiciones económicas en que vaya a implantarse el régimen de protección. No desconocemos las grandes dificultades con que tropieza al hacer efectivas las prestaciones a la población rural, ni las limitaciones que imponen los aspectos administrativos y económicos, por lo que las ideas que en seguida expresamos representan, más que todo, una meta a seguir.

I.—PRESTACIONES A OTORGAR EN EL PRIMER PERÍODO DE LA EXTENSIÓN DEL SEGURO SOCIAL AL CAMPO.

Primera etapa: Seguro de Enfermedad-Maternidad.

En la etapa inicial, al mismo tiempo que el saneamiento de la región se realice, el Seguro Social debe iniciar sus funciones con el otorgamiento de la asistencia médica u obstétrica necesaria para cualquier caso que se presente, además de las labores de prevención, pudiendo, si así se determina por las condiciones económicas de la zona, ser la única protección, para de allí partir, mediante una ampliación paulatina, a la cobertura de todos los riesgos clásicos.

A) *Prestaciones en especie:*

a) Prevención de enfermedades evitables, para las cuales existan en el momento medios biológicos preventivos bien establecidos y demostrados para su prevención;

b) Despistaje de enfermedades de tipo social, sífilis, tuberculosis, alcoholismo;

c) Campaña de educación médica: prevención de accidentes, enfermedades y protección de la madre y el niño;

d) Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria para cualquier caso de accidente o enfermedad;

e) Asistencia obstétrica necesaria;

f) Aparatos de ortopedia y prótesis (excepto lentes) que sean necesarios para la rehabilitación de los individuos;

g) Ayuda para lactancia, en especie, durante los seis primeros meses de edad del lactante, siempre y cuando, por razones biológicas, no sea posible o conveniente la alimentación del pecho de la madre.

B) *Prestaciones en dinero:*

a) Cuando el accidente o la enfermedad provoque incapacidad para el trabajo deberá otorgarse un subsidio en dinero, estableciéndose un período inicial de carencia, y limitándose el lapso de su otorgamiento al plazo señalado en cada país, para las enfermedades no profesionales;

b) En caso de maternidad, a la mujer asegurada se le otorga un subsidio en dinero, que ampare su descanso antes y después del parto;

c) En caso de muerte se otorga un subsidio en dinero para gastos de entierro.

Segunda etapa: Seguro de Accidentes del Trabajo. Mejora de las prestaciones económicas del Seguro de Enfermedad-Maternidad.

a) Otorgamiento de las prestaciones en dinero y de aparatos de prótesis y ortopedia que marquen las leyes del trabajo en vigor;

b) Mejoramiento de las prestaciones en dinero del Seguro de Enfermedad-Maternidad, sobre todo si no existen leyes laborales que los amparen en casos de accidentes de trabajo.

II.—PRESTACIONES A OTORGAR EN EL SEGUNDO PERÍODO DE LA EXTENSIÓN DEL SEGURO SOCIAL AL CAMPO.

Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte.

a) La implantación de estos Seguros estará también condicionada a las posibilidades económicas de la región, pudiendo hacerse de una sola vez o en dos etapas; en la primera, limitando el otorgamiento de las pensiones a los casos de necesidad extrema, y en la segunda, otorgándolas sin condicionarlas a la demostración de necesidad.

III.—PRESTACIONES A OTORGAR EN EL TERCER PERÍODO DE EXTENSIÓN DEL SEGURO SOCIAL AL CAMPO.

Seguro de Enfermedades Profesionales, desempleo y asignaciones familiares.

a) Durante este último tiempo se hará el ajuste entre el Seguro Social y las leyes del trabajo en vigor, por lo que a enfermedades profesionales se refiere. Se fijarán subsidios para casos de desempleo y de cargas familiares, así como se igualarán las prestaciones otorgadas con los Seguros industriales en vigor.

IV.—IDEAS COMPLEMENTARIAS SOBRE LAS PRESTACIONES A OTORGAR.

1. Hay un lapso comprendido entre el primero y el segundo período que va desde el fin del otorgamiento del subsidio, cuando existe un estado de incapacidad para el trabajo por enfermedad, y la vigencia del Seguro de Invalidez, durante el cual el trabajador queda desprotegido. Se piensa que cuando esto ocurra debe ser el Estado quien cubra los gastos de la protección mínima necesaria.

2. La gestión del Seguro sobre prevención de enfermedades evitables debe delimitarse en forma precisa, ya que hasta la fecha éste ha sido un renglón de actividades del Estado, a través de sus dependencias sanitarias, por el estado económico de la población a proteger, cosa que no sucede en otros países económicamente fuertes, en los cuales la aplicación de medidas sanitarias preventivas son hechas por instituciones particulares o por los mismos individuos privadamente, siguiendo las instrucciones técnicas de un organismo de Salubridad Pública.

Debe ante todo afirmarse, cuando menos en nuestro país, que no se trata de invadir funciones, sino, por el contrario, de coordinar los esfuerzos de dos organismos dentro del Estado, para llegar al nivel que tienen países más adelantados en administración sanitaria, y a la cual ya hemos hecho referencia.

El Seguro Social, que para su funcionamiento necesita el control individual de la población, deberá encargarse de la prevención de enfermedades evitables para las que existan técnicas y métodos, así como productos biológicos o no biológicos, ampliamente empleados y conocidos en su eficacia, además de aquellas enfermedades de tipo social que requieran también control individual para evitar, con un tratamiento obligatorio, la aparición de casos secundarios de difícil localización en la población amparada; por ejemplo, la sífilis y la tuberculosis.

No sólo por las posibilidades de control de la población, sino porque el Seguro es quien va a dar el servicio médico curativo, la única posibilidad que tiene de encontrar su equilibrio financiero con cuotas reducidas es la de prevenir las enfermedades. Además, si de lo que se trata es de proteger a la población contra la pérdida del salario, y ésta es la resultante, en el mayor número de casos, de la enfermedad, y si en el campo las posibilidades de otorgar subsidios suficientes

durante las incapacidades temporales son muy reducidas, lógico es pensar que la gestión fundamental del Seguro Social es la de prevenir a su población derechohabiente contra enfermedades que puedan evitarse.

Las dependencias sanitarias estatales deberán procurar el desarrollo de métodos sanitarios, así como también de medios biológicos ó no biológicos para el control y erradicación de padecimientos para los cuales a la fecha no existan medios de lucha contra los mismos.

3. La educación médica de la población amparada es base fundamental para el logro de un correcto funcionamiento de las actividades de los Seguros sociales.

4. La asistencia médica necesaria se otorgará desde el primer día de enfermedad, y sólo se suspenderá, durante el primer tiempo de la extensión de los Seguros, al trabajador asegurado incapacitado para trabajar que llegue al límite fijado para la percepción de los subsidios en dinero por enfermedad. Esta suspensión no será una situación de hecho, sino puramente legal, para cargar el sostenimiento de las prestaciones que se otorguen posteriormente a la pérdida de sus derechos como asegurado al Estado, que sí puede y debe sostener la protección a estos núcleos familiares por el tiempo necesario. Las prestaciones que se den en estas condiciones por cuenta del Estado deben proporcionarse por los mismos órganos del Seguro Social, evitando duplicidad de servicios y, por lo tanto, disminuyendo los costos.

5. El mantenimiento de la capacidad de trabajo del individuo, o la recuperación de ella cuando se pierde, debe ser la finalidad fundamental de las prestaciones que se otorguen, por lo que cuando un individuo que se invalide para el trabajo requiera para su rehabilitación de algún aparato protésico u ortopédico deberá proporcionárselo el Seguro.

En cambio, se proporcionarán aparatos protésicos u ortopédicos que requieran los beneficiarios dependientes de los

asegurados, ya que con ello se logra el desarrollo normal de las actividades de esos individuos dentro de la sociedad, que, de no hacerlo así, la penuria de los jefes de familia los condenará, en muchos casos, a la invalidez permanente.

6. Bien sabemos el problema que representa para nuestros pueblos la alimentación defectuosa de la población campesina; conocemos que es una de las causas de la alta mortalidad infantil durante el primer año de vida; por eso consideramos que algo vendrá a mitigar esta situación el proporcionar la alimentación a aquellos lactantes que no pueda o no deba amamantar la madre. Esta prestación es de las que requieren ser ampliadas tan pronto las condiciones económicas de la región lo permitan.

7. El subsidio se dará exclusivamente cuando haya incapacidad para el trabajo. Se sugiere que el período inicial durante el cual no se pague el subsidio sea mayor a los tres días recomendados por la Oficina Internacional del Trabajo, por considerar que son suficientes para lograr las finalidades que se persiguen con estos períodos iniciales de carencia. Nosotros creemos que un período de quince días se ajustaría bastante bien a las condiciones del campo.

8. El subsidio de maternidad deberá ajustarse a las disposiciones legales que en cada país existan, y cuando no las haya, ajustarlo al monto que se fije para los subsidios por enfermedades.

9. El subsidio para gastos de defunción se propone se otorgue ya se trate de la muerte del asegurado o de alguno de sus beneficiarios, debido a que, cuando ocurren estos casos, el jefe de la familia o sus familiares recurren a los préstamos de dinero urgente, casi siempre obtenidos en condiciones muy desfavorables para su economía, y además para lograr por este medio el control real de la población beneficiaria dependiente de los asegurados, pues por experiencia sabemos que las defunciones de éstos, generalmente, no son reportadas al

Seguro Social. El monto de este subsidio deberá fijarse según las condiciones que priven en cada país.

10. Desde la implantación del Seguro de Enfermedad-Maternidad en una región, debe procurarse ir acumulando todos los datos estadísticos y técnicos necesarios, para que, a partir de este momento, se cuente con todos los datos indispensables para determinar mayor amplitud de los beneficios, implantación de otras ramas del Seguro, fijación del monto y cuantía de nuevas prestaciones, etc.

FINANCIAMIENTO.

El financiamiento del Seguro Social, aplicado a la población campesina, comprende tres aspectos diferentes: el que se refiere a los trabajos previos para su implantación y el necesario para sus funciones propias.

Financiamiento de los trabajos propios.

Ya hemos dicho que la base para lograr una protección real de la población campesina está en la utilización racional de los recursos naturales y valores humanos. El desarrollo de una economía racional requiere estudios que podrán ser iniciados y sostenidos por el Estado cuando la región, por su importancia, tenga características nacionales (casos de las cuencas geoeconómicas del Papaloapan y del Telpacetepelt, en Méjico), o bien efectuadas a iniciativa del Seguro Social (zonas pequeñas de poca importancia).

En los estudios que se hagan por iniciativa de los Seguros sociales deberá contarse con el auxilio de técnicos del Estado: su financiación debe hacerla la institución aseguradora, cargando los gastos, cuando las circunstancias lo requieran, a los egresos de los Seguros sociales de la población urbana.

Terminados, y aprobándose los estudios por el Estado, el desarrollo de ellos deberá ser el resultado de las labores coor-

dinadas de varias dependencias oficiales, en cuyo plan económico debe estar representado el Seguro Social.

En las fases iniciales deberán constituirse las unidades médicas o administrativas necesarias para el otorgamiento de prestaciones. El costo de estas construcciones podrá cubrirse, según el caso, recurriendo a los siguientes procedimientos:

a) Si la región es de una potencialidad económica regular o alta, mediante la inversión de las reservas técnicas del Seguro urbano, libres y aprovechables para este fin, cargando a las primas por pagar en la región rural la amortización del capital invertido, el rendimiento previsto en los cálculos actuariales para las reservas y el mantenimiento de los edificios;

b) Si la región es de una potencialidad económica baja, pero de grandes posibilidades de rendimiento posterior, el Gobierno Federal, los Gobiernos Estatales y los Municipios deberán hacer la aportación necesaria para las construcciones mediante empréstitos interiores, los cuales se pagarán cargando a las primas la amortización del capital, el rédito previsto y el mantenimiento futuro de los edificios, y

c) Si la región es de una potencialidad económica muy baja y de difícil elevación, con la mira de no sobrecargar las primas, los Gobiernos Federales, Estatales y los Municipales deberán hacer la aportación necesaria para las construcciones indispensables del Seguro Social, cargando sólo a las primas las cantidades necesarias para el mantenimiento de los edificios.

Financiación de las funciones propias.

Todos los sistemas de Seguro Social exigen para su funcionamiento una base financiera que le permita su equilibrio, mas no el lucro.

El sistema financiero que debe seguirse en el funcionamiento de un Seguro Social debe estar de acuerdo con el tipo de prestaciones que se otorguen:

- a) Prestaciones inmediatas (servicios médicos, subsidios, etcétera), y
- b) Prestaciones a largo plazo (pensiones).

En la aplicación del Seguro Social al campo, y de acuerdo con las ideas expuestas, durante el primer período de extensión y en su primera etapa, cuando sólo se proteja contra el riesgo enfermedad-maternidad, el sistema financiero a imponer debe ser el de reparto, ya que las prestaciones de carácter inmediato que se dan durante esta primera etapa no requieren para la seguridad de su otorgamiento la acumulación de capitales de reserva.

En la segunda etapa del primer período, es decir, cuando se incorpora al Seguro Social la obligación de otorgar prestaciones a largo plazo, como son las pensiones, al sistema de reparto que se utiliza para el financiamiento del Seguro de Enfermedad-Maternidad debe agregarse el de capitalización, ya que el otorgamiento de pensiones sí requiere de la acumulación de capitales de reserva.

Durante el segundo y tercer período de la evolución del Seguro Social en una zona rural debe seguirse utilizando, para el financiamiento de los Seguros de Invalidez, Vejez, Supervivencia y Desempleo, el sistema de capitalización.

SISTEMA CONTRIBUTIVO.

Antes de esbozar las ideas que tenemos respecto a cómo debe organizarse el sistema contributivo de la protección de la población rural, cabe recordar la orientación fundamental de este trabajo, que consiste en tratar de hacer realidad dicha protección, saliéndonos de los cánones clásicos del Seguro Social, para adentrarnos más al terreno de la Seguridad Social, tal y como la concebimos, ya que a fuerza de ser sinceros, de no querer incurrir en demagogias y de tener el ferviente deseo de encontrar procedimientos que puedan ser realmente

aplicables, creemos que el Seguro Social, como sistema de equilibrio en la lucha entre trabajadores asalariados y patronos, no tiene posibilidad práctica de lograr su extensión al medio rural latinoamericano, sino tan sólo en muy reducidos casos que llenen determinadas exigencias sociales y económicas; aun cuando sí sostenemos, como ya anteriormente se ha dicho; que el Seguro Social es, a la fecha, el sistema que se ha demostrado como el más eficaz para garantizar la protección de una población determinada, en lo que se refiere a los riesgos clásicos a que está expuesta.

Así, basados en el principio de Seguridad Social, consideramos que todo individuo, cualquiera que sea su categoría, su edad, su sexo o actividad, tiene derecho a la protección que es factible de otorgarse en una región determinada, y, por otra parte, sostenemos que todos los individuos de una sociedad están obligados a cooperar por el bienestar de ella. De tal manera, que el sostenimiento del Seguro Social, aplicado a la población rural, debe tener como base un sistema especial de contribución, en el que participen el asegurado, la propiedad y el Estado.

Hablamos de propiedad porque tenemos la idea de que la población que se ampare no debe estar supeditada a su carácter social: trabajador o patrono; es decir, no tomamos en cuenta si existe o no salario; sólo consideramos que existe un individuo, cualquiera que sea su posición social o económica, que debe ser amparado y que debe contribuir al financiamiento de su protección.

En tal virtud, consideramos que el sistema contributivo debe desprenderse de los siguientes puntos fundamentales:

1.º Todo individuo mayor de dieciséis años debe ser una persona asegurable y con obligación de cotizar, exceptuando a la esposa o compañera, a los hijos menores de dieciséis años, a los mayores, cuando estudien, y a los inválidos que no puedan desarrollar ninguna actividad.

2.º Toda la propiedad, sea agrícola, industrial o comercial, enclavada en una región rural donde va a extenderse la protección del Seguro Social, debe ser gravada en un impuesto determinado para el sostenimiento de los servicios que otorgue el sistema en dicha región, exceptuándose aquellas Empresas que quedan incorporadas dentro de las características del Seguro Social urbano.

3.º La población del medio rural es la más débil económicamente, y sus deficientes culturales y etnológicos los incapacita para allegarse de mejores ingresos. Esto se acentúa más en zonas de economía atrasada.

Para el financiamiento del Seguro Social al campo, el Estado debe participar de acuerdo con las necesidades del financiamiento del sistema en cada región, siendo así que, para las zonas de escasos recursos económicos, su participación debe ser tal, que permita la aplicación del sistema de protección, aunque sea para el otorgamiento de las mínimas prestaciones.

Tenemos la convicción de que este sistema presenta las mayores ventajas de simplificación administrativa, además de lograr una verdadera justicia social, al hacer partícipe a la propiedad en su financiamiento, ya que así, los que tienen más, darán más para los que tienen menos.

CUOTA ÚNICA REGIONAL.

La diferenciación de cuotas, según salarios percibidos u otros ingresos, edades o sexos, para el sostenimiento del Seguro de Enfermedad-Maternidad, en el campo, sólo traería como consecuencia la complejidad administrativa de su manejo, ya que sería necesario llevar registros especiales acordes a las modalidades que se implantaran; registros que, para que llenaran sus funciones, necesitarían estar constantemente actualizados con el movimiento continuo de altas, bajas y modificaciones en los grupos de salario, etc., lo que indudablemente

ocasionaría una fuerte complejidad administrativa; por lo que nos pronunciamos porque se aplique una cuota única regional para todos los asegurados, cualquiera que sea su actividad, su salario, su edad o su sexo.

Hablamos de regional porque, basados en el principio de solidaridad que debe regir el funcionamiento del Seguro Social aplicado al campo, la cuota que se fije debe estar de acuerdo con las condiciones económicas de cada región, para que así, lógicamente, sea la mayor cuota en regiones de salarios mayores, o menor en regiones de economía pobre, permitiendo esto que las regiones de una economía más avanzada ayuden al financiamiento del Seguro Social de las regiones en donde el monto de las aportaciones no alcance a cubrir los gastos de funcionamiento.

Por lo que se refiere a la aportación patronal, sustituida en nuestra idea por el gravamen a la propiedad, ésta puede determinarse de acuerdo con las modalidades especiales de las condiciones que existan en cada región o en cada país. La forma y monto tendrá que derivarse de estudios de aplicación.

Cuando la propiedad que exploten los individuos asegurados sea de la nación, caso concreto el ejido mejicano, que, como se explica en el capítulo correspondiente, la propiedad ejidal es intransferible, inalienable e inembargable, es decir, que no tiene las características de la propiedad privada, y que solamente los derechos son de usufructo, en estos casos no debe gravarse la propiedad, sino más bien la producción.

SALARIO MÍNIMO.

Es bien conocido el hecho de que el trabajador agrícola de la América Latina, principalmente en su gran mayoría, recibe como salario correspondiente a una jornada normal de trabajo tan sólo el mínimo de la región, fijado por el Estado o establecido por la costumbre.

Por otra parte, nos encontramos con el problema de que en algunos países se establece legalmente que el salario mínimo de un trabajador no debe ser objeto de reducciones de ninguna índole y por ningún motivo (Méjico, artículo 27 de su Constitución), lo que nos llevaría a considerar que en aquellos países en donde existe este ordenamiento legal, al aplicarlo a los trabajadores del campo, nos encontraríamos con el problema de que, siendo la inmensa mayoría los que perciben salario mínimo y no pudiéndoles hacer ninguna deducción para pagos del Seguro Social, o prácticamente desaparece el asegurado como cotizante, o bien, como se acostumbra en algunas leyes de Seguros aplicados al medio urbano, los patronos tendrían que pagar la cuota correspondiente a sus trabajadores que tienen salario mínimo.

Lo anterior nos lleva a hacer las siguientes consideraciones:

No es conveniente, por ningún motivo, que la mayor parte de los asegurados dejen de aportar directamente para el sostenimiento de su sistema de protección, sino, por el contrario, debe buscarse que aporten aunque sea una mínima parte, a fin de que el sistema que los protege lo sientan como suyo, y los beneficios que les otorgue no los consideren como de beneficencia pública.

Además, no creemos que en los casos de trabajos del campo con salario mínimo debe ser el patrono el que pague la cuota, basados en lo que anteriormente se acaba de argumentar, y porque sostenemos la idea de que, dada la gran movilidad y carácter de temporalidad que tienen los trabajadores del campo, creemos que las relaciones deben ser directas entre el asegurado y la institución que los asegure; es decir, que sea precisamente el trabajador asalariado el que en principio haga efectivas sus aportaciones al Seguro Social, ya que, por sus características, que acabamos de enunciar, no podría ser controlado por medio de los patronos, a pesar de que tuvieran

que hacerse fuertes erogaciones, representadas en controles administrativos, que no son recomendables por ningún motivo, menos en el Seguro Social aplicado al campo, pues más bien éste exige los menores gastos posibles de administración. Asimismo, en nuestra idea, que esbozamos en párrafos anteriores, la aportación del patrono en forma simplista y justa, desde el punto de vista social, debe obtenerse de la propiedad directamente.

De todo esto se deduce que, a fin de no perder al asegurado de salario mínimo como cotizante, es necesario por todos conceptos que, al hacer los estudios previos de implantación en una región rural, se haga también el estudio para la determinación del salario mínimo, considerando, además de lo clásico, alimentación, vestido, habitación, transporte, etc., la cotización que le corresponde pagar al trabajador para el sostenimiento del Seguro Social.

Determinado en esta forma el salario mínimo, y aplicado con base legal, creemos que entonces sí puede cotizar este tipo de trabajador, sin que prácticamente se viole el espíritu de la Ley que tiende a proteger su salario. La forma y resolución de esta idea queda en manos de los legislas.

SISTEMA DE RECAUDACIÓN.

El sistema de recaudación constituye uno de los pilares en que descansa el funcionamiento de todo régimen de Seguro Social, y del cual depende en gran parte su estado financiero.

La recaudación de cuotas en el medio rural plantea problemas distintos a los que presenta el medio urbano, debido fundamentalmente a lo numeroso, disperso y variado de la propiedad agrícola, a la fuerte movilidad de la población trabajadora y a la multiplicidad de modalidades que presenta la población asegurable.

No es posible proponer un sistema de recaudación que se ajuste a cualquier caso, ya que el sistema a aplicar debe ajustarse a las condiciones sociales, culturales, geográficas, etc., de la región, recomendando tan sólo que sea siempre de la mayor simplicidad posible, que dé facilidad para el pago de las cotizaciones, sin tener que usar papelería u otros medios acostumbrados en los Seguros urbanos; además, deben descentralizarse las Cajas recaudadoras, pulverizando, con el control debido, la recaudación, auxiliándose para ello de personal de la misma institución aseguradora, dedicada fundamentalmente a otras actividades, o bien de organismos oficiales o particulares que brinden una mayor facilidad al asegurado para el pago de sus cuotas. Así, imprimiéndole esta necesaria elasticidad, siempre y cuando se cuente con las garantías indispensables, la recaudación puede ser efectuada por el pago individual de los asegurados, o bien a través de patronos, de Consejos de administración de Cooperativas, de Bancos refaccionarios (ejidatarios, colonos), etc., quienes deberán, según la periodicidad fijada, recoger las constancias de pago y entregarlas a los asegurados.

Por otra parte, es indispensable que el sistema que se elija permita a la institución aseguradora conocer, en un momento dado, quiénes han efectuado sus pagos, lo que es muy conveniente, tanto para determinar la vigencia de derechos a la solicitud de la prestación como para una oportuna acción de cobros.

En todos los casos, aun en aquellas regiones de economía pobre en que el financiamiento del sistema de protección se haga con la ayuda de la solidaridad de la Seguridad Social, debe buscarse la forma de que todos los individuos asegurables que reciban protección tengan la obligación de aportar, aun cuando sea una mínima cantidad que tan sólo constituya una cuota simbólica, en virtud de que, cuando no hay aportación, psicológicamente se subestima el servicio y se le con-

sidera como una protección de beneficencia pública, cosa que es indispensable cuidar que no suceda.

La periodicidad de las aportaciones es uno de los aspectos que debe estudiarse en forma tal que, al aplicarlo, permita una gran elasticidad, y sobre todo que esté de acuerdo con las condiciones de los diferentes tipos de población que se ampare y, en general, con las condiciones de la región. Las épocas de mayor actividad en los trabajos agrícolas, como son las de siembra y cosecha, pueden ser alguno de los argumentos básicos que se tomen para definir la periodicidad del pago de las cuotas de los trabajadores del campo.

La participación estatal creemos que debe ser proporcional a la recaudación lograda en la zona y en las características especiales que sea necesario imprimir en cada región o país.

El gravamen a la propiedad para ayuda al sostenimiento del Seguro Social en el campo debe hacerse buscando bases simples y de fácil aplicación, y su recaudación debe obtenerse automáticamente cuando el propietario haga el pago de otros impuestos federales o estatales con que esté gravada la propiedad.

ORGANIZACIÓN TÉCNICOADMINISTRATIVA.

La protección del individuo no debe ser una obligación exclusiva de los órganos gubernamentales del Estado, sino la resultante de la previsión del individuo mismo y de la sociedad en que vive.

El principio de solidaridad social, mediante el cual el sano coopera para proteger al enfermo; el de salario alto, para nivelar las cuotas de las personas con salarios bajos; el soltero, para equilibrar los egresos originados por el casado con familiares, debe ser la norma social que oriente la organización de los Seguros sociales en el campo. Congruentes con este principio de solidaridad social, la protección de la pobla-

ción campesina deberá ser sólo parte del gran conjunto con que el Seguro Social ampare a la totalidad de los habitantes de una nación; es decir, el Seguro Social en un país debe organizarse como una unidad, principalmente por lo que a su financiamiento se refiere. La diferenciación y autonomía financiera de varios Seguros sociales dentro de un país sólo da como resultado la complicación administrativa, con el consecuente aumento de los costos de financiamiento, de la elevación del monto de las primas y el privilegio para algunos sectores sociales.

La unidad técnica de los Seguros sociales en un país es la primera base que debe sustentar la extensión de los mismos al medio rural.

Es preferible que el Seguro Social no tenga dependencia directa con el Estado; es decir, que no constituya un órgano gubernamental más, sino que la institución se descentralice, consiguiendo con ello la especialización de sus técnicos, la menor ingerencia de los políticos en su administración y despertar mayor confianza en la población amparada. La descentralización del Estado es la segunda base que debe sustentar la organización del Seguro Social.

Al hacerse el financiamiento del Seguro por aportaciones de los asegurados, la propiedad y el Estado, la organización administrativa que los incorpore estará en mayores condiciones de desarrollar sus funciones.

En el campo, esta condición se hace indispensable para obtener la cooperación del trabajador campesino, interesándolo en los fines del Seguro Social y educándolo dentro de las obligaciones que, para la sociedad y para beneficio de ellos mismos, tienen necesidad de cumplir.

La participación de los tres sectores debe hacerse por representantes de las organizaciones mayoritarias de la población, representantes genuinos de sus sectores, que pueden ser sustituidos por sus representados cuando cometan actos graves.

Por otra parte, en países donde ya está establecido el Seguro urbano, y en los que no se haya dado aún participación en su gestión a los sectores campesinos, debe hacerse de inmediato, pues basta sólo pensar que los representantes obreros no pueden conocer y sentir los problemas de los trabajadores rurales mejor ni más intensamente que un campesino. Además, si pensamos en un Seguro Social unitario y tenemos en cuenta que el mayor porcentaje de la población en Latinoamérica corresponde al campo, podemos determinar como una necesidad el que el sector más representativo tenga participación en los órganos centrales de la administración de los Seguros.

La magnitud de extensión cubierta por los Seguros, las grandes distancias entre diferentes núcleos de población amparados, así como el número de personas aseguradas, determinará la necesidad de descentralizar el núcleo administrativo del Seguro, el desahogo de las funciones, mediante la integración de Delegaciones regionales que sigan en todo los lineamientos emanados del centro.

Estas dos situaciones, participación de los sectores rurales en la gestión del Seguro y descentralización en órganos administrativos regionales y locales, obligarán a pensar en su categorización y delimitación de funciones; pero, en cualquier caso, se procurará que en todos ellos exista la representación tripartita.

AFILIACIÓN.

Las modalidades de la afiliación de las personas por amparar en un régimen de Seguro Social dependen de los riesgos que se cubran y, por ende, de las prestaciones que se otorguen; cuando en la protección solamente se incluyen prestaciones inmediatas, como son servicios médicos principalmente, la afiliación debe realizarse en la forma más simple posible,

y no requiere de registros de control; en cambio, cuando en el régimen se incluyen prestaciones diferidas, como es el tipo clásico de las pensiones, entonces es indispensable llevar determinados controles de tipo administrativo, para en ellos ir asentando los derechos de los asegurados, representados fundamentalmente en las cotizaciones que vayan haciendo.

Siguiendo nuestra idea, en la aplicación del Seguro Social al campo, en su período inicial, cuando se implante sólo el Seguro de Enfermedad-Maternidad, los sistemas administrativos que se utilicen deben tener la mayor simplicidad posible. Por lo que respecta a la afiliación en el medio rural, y considerando que el financiamiento de este Seguro debe hacerse mediante un sistema de reparto, es posible y necesario imponer los sistemas más simples y que rindan la utilidad necesaria para el desarrollo de sus funciones.

El amparo de la población total de una región geográfico-económica determinada requiere, más que una afiliación, tan sólo un registro general de la población, que servirá de base para inscribir a todas las personas motivo de aseguramiento; imponerles un número clave para fines de control de pagos, de identificación al solicitar servicios médicos y para el control de la información médica necesaria de toda la población. Este número clave debe constituirse técnicamente, incluyendo en él las características del individuo que lo pueda identificar en un momento dado, siendo de sugerir que se constituya con los elementos identificatorios siguientes: zona de inscripción, año de primera inscripción, año de nacimiento, y de un número progresivo dentro de estas características.

OBLIGATORIEDAD.

La obligatoriedad de la afiliación de las personas motivo del aseguramiento es la única base firme para el funciona-

miento de los Seguros sociales, ya que, además de otras ventajas que trae consigo, permite hacer posible el cálculo y la seguridad de los ingresos, la de no dejar al arbitrio de los individuos su protección y la de poder planear en forma integral en un grupo humano determinado; la protección que debe dársele de acuerdo con sus condiciones económicas principalmente.

El éxito de los Seguros voluntarios, muy grande en el caso de Dinamarca, por ejemplo, depende del interés que susciten las prestaciones y del nivel cultural de la población de que se trate, por lo que no creemos que esto sea el sistema conveniente para iniciar la extensión del Seguro Social al campo, al menos por lo que a la América Latina se refiere.

Siguiendo nuestra idea, el procedimiento a seguir para aplicar la obligatoriedad del aseguramiento queda expresado en las siguientes líneas:

En el primer período debe ser obligatoria la inscripción en el Seguro de Enfermedad-Maternidad para toda la población, con las excepciones ya señaladas.

A partir de esta primera etapa, el momento oportuno para hacer la imposición obligatoria de las subsecuentes ampliaciones del Seguro Social, hasta lograr la cobertura de todos los riesgos clásicos, debe estar determinada por las condiciones económicas del grupo de trabajadores más representativo de la región. Por ejemplo, si en una región rural se ha impuesto ya el Seguro de Enfermedad-Maternidad, y el 60 por 100 de la población amparada se dedica a actividades agrícolas, cuando este grupo, según estudios, esté en condiciones económicas de soportar un aumento de las cuotas para ampliar la protección del Seguro, entonces, la determinación que se acuerde debe hacerse obligatoria para toda la población.

Organización de los servicios médicos.

La salud del pueblo es esencial para el bienestar de una nación; es la mejor garantía del equilibrio económico del individuo y la base de la riqueza de un país.

Sigerist, en su estudio sobre la Medicina norteamericana, dice: «La Medicina constituye sólo un aspecto de la civilización general de un país, y que está determinada siempre por las condiciones de cultura general y por una filosofía de sustentación. Si un país tiene un *standard* alto de preparación médica, si la profesión es capaz de aplicar o no sus conocimientos eficientemente, todo esto son factores que dependen no tanto de la Medicina en sí misma, como de la sociedad en su conjunto.» Este pensamiento explica la profunda modificación que el ejercicio de la Medicina ha tenido en los últimos años.

Mientras el Estado consideró al individuo aislado, el médico atendió a los pacientes que solicitaban sus servicios, concertando con ellos un arreglo particular, sin que en él interviniera la sociedad.

El enorme avance de la ciencia médica, la elevación de los costos del tratamiento, que llega a ser prohibitivo para la mayoría de la población, y el Estado, considerando la salud no sólo como un derecho al individuo, sino como un patrimonio de la sociedad, dieron margen a la Medicina colectiva.

Ante este nuevo criterio, en el que ya no es el móvil fundamental el individuo aislado, sino la colectividad, el éxito en la lucha contra las enfermedades no puede ser alcanzado por el trabajo exclusivo de los médicos. Para conquistar la salud se hace imprescindible la movilización permanente y total de la población.

En nuestro caso, ésta es una tarea muy difícil de llevar a cabo por el estado de incultura y prejuicios que existe en la inmensa mayoría de la población del campo; pero es indis-

pensable el tratar de lograr, mediante educación médica, el concurso de todos los habitantes de la región donde se implanta el Seguro Social.

Decíamos que el avance de la ciencia médica ha convertido en complejo y costoso el tratamiento de las enfermedades; esta situación debe ser resuelta dentro de los Seguros sociales mediante la organización colectiva del ejercicio de la Medicina, con apoyo en el principio de solidaridad social.

Pensar que en una zona rural limitada, con un corto número de individuos económicamente activos, pudiera tener dentro de sus límites todas las instalaciones y el personal médico especializado para la atención de cualquier enfermedad, sería desconocer el aspecto económico del problema, a más de ser contradictorio ante la necesidad de proteger a la totalidad de la población de un país. Esto no quiere decir, de ninguna manera, que las zonas rurales o, en general, cualquier región determinada deban contar con servicios médicos hasta donde alcance su potencial económico, sino que, por el contrario, la calidad y la cantidad de los servicios establecidos debe ser la misma para cualquier grupo protegido. Las condiciones especiales de dispersión de la población en el campo a lo que debe obligar es a una organización de servicios médicos tal, que, sin provocar despilfarro, el individuo enfermo pueda aprovechar para su tratamiento todos los adelantos médicos de que disponga una nación.

Es decir, los problemas médicos básicos son los mismos en todas partes, y deben ser resueltos con las mismas garantías de eficiencia, aun cuando los problemas especiales varíen grandemente de acuerdo con las condiciones naturales y sociales de una región, los que deben ser resueltos tomando en cuenta estas particularidades.

Dos son las formas seguidas por los países que han organizado servicios médicos colectivos para la población campesina: el «móvil» y el «estacionario».

En el primero, el médico vive en una localidad determinada dentro de un distrito, y su obligación es recorrerlo, apareciendo en una localidad en una fecha determinada, en días marcados, para atender a los pacientes, dejar sus instrucciones y marchar a la próxima aldea.

En el segundo se cubre toda la región con una red de unidades médicas de diferente categoría, coordinadas entre sí, con médicos y personal auxiliar permanentemente destacado en ellas. En este sistema el enfermo acude a la unidad médica más cercana, y el médico sólo en caso de emergencia visita al paciente.

Las desventajas del primer sistema consisten en que la mayor parte del tiempo del médico se pierde en el camino; no se tienen facilidades para un examen correcto, para la observación cuidadosa del enfermo, ni para ver el resultado del tratamiento instituido. Estas desventajas se corrigen con el segundo sistema, aun cuando es cierto que es más costoso; sin embargo, da oportunidad a un efectivo control médico de la población y a un tratamiento eficiente de los enfermos, lo que hace que su mayor costo pase a ser una cuestión secundaria.

Por otra parte, si consideramos como una finalidad lograr la salud de los individuos, no ya sólo como un derecho y un bien individual, sino como un patrimonio de la colectividad, ni el individuo tiene derecho a exponerse a la enfermedad, a ser factor de contagio, ni la sociedad debe tener como mira curar al enfermo, sino proteger la salud del sano. Estas ideas nos llevan a colocar a la prevención en el primer plano de todas las actividades del Seguro Social.

En resumen, la organización de los servicios médicos, al hacerse la extensión del Seguro Social al campo, deberá basarse en la prevención de las enfermedades evitables, funciones éstas planificadas por organismos centrales; la asistencia médica curativa oportuna y de tanta calidad como la situación de

adelanto científico de un país pueda otorgar; la participación activa y permanente de toda la población en la lucha contra las enfermedades, y la instalación de una red de unidades médicas, categorizadas, coordinadas y convergentes, como centros de educación y control médico de la población.

OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES.

El servicio médico debe desprender su actividad desde el momento en que se inicie el censo de la población, utilizando tal hecho para principiar el desarrollo del plan preconcebido de protección y control médico de la población.

Congruentes con la aclaración hecha en páginas anteriores, tampoco desconocemos que la aplicación del procedimiento, que en seguida se propone, para el otorgamiento de prestaciones médicas tiene fuertes limitativos en las condiciones económicas y en las exigencias administrativas, representando, por lo tanto, también una meta a seguir, ya que satisface plenamente las necesidades.

1. La persona a la cual se le va a tomar su filiación para expedir la credencial individual de asegurado o familiar beneficiario, que posteriormente la identifique, debe ser motivo de la siguiente investigación por la brigada médica de instalación y organización de los servicios:

- a) Examen médico clínico, para determinar el estado psicofísico funcional del individuo;
- b) Roentgenfotografía;
- c) Serología, para despistaje de lúes u otras enfermedades endémicas de la región;
- d) Antecedentes inmunológicos.

2. Con los datos anteriores, la brigada de instalación y organización, auxiliada por el personal médico y técnico auxiliar que va a quedar trabajando en la región motivo del censo,

integrará, por una parte, los expedientes clínicos, base del control médico de la población, de las actividades técnicas del personal y del control estadístico de las prestaciones otorgadas, y, por otra, el registro inmunológico familiar.

El expediente a que se alude deberá contener :

a) Antecedentes inmunológicos, interpretación de la Roentgenfotografía y resultados de los análisis serológicos ;

b) Hoja clínica inicial, con las anotaciones correspondientes sobre enfermedades en evolución, malformaciones congénitas o lesiones anatómicas permanentes.

El registro inmunológico familiar será la concentración, en un solo documento, de la situación de inmunidad o de exposición de los diferentes miembros de un núcleo familiar a las enfermedades transmisibles y evitables, que serán motivo de control y atención por parte del Seguro Social.

3. Las labores a desarrollar posteriormente por el personal permanente de la unidad comprenderán :

a) Inmunizaciones, derivadas del registro inmunológico familiar ;

b) Asistencia médica curativa de estados patológicos encontrados por el examen clínico inicial, roentgenfotográfico y estudios serológicos ;

c) Asistencia médica curativa a los derechohabientes que, por cualquier causa, enfermen estando ya en funcionamiento los servicios.

Los estudios y resultados a que den lugar las funciones anotadas en los puntos b) y c), que antecedent, deberán ser motivo de anotaciones en una forma especial, que deberá quedar contenida en el expediente clínico.

4. La labor educativa médica deberá ser una preocupación constante del personal del Seguro Social, y debe orientarse hacia los siguientes aspectos :

- a) Prevención de enfermedades evitables;
- b) Prevención de accidentes;
- c) Educación higiénica de la mujer embarazada;
- d) Cuidados del niño;
- e) Educación higiénica general de toda la población.

Para llevar a cabo la educación médica de la población deberán utilizarse como medios: pláticas, sesiones cinematográficas, propaganda escrita, etc.

5. En las labores de saneamiento del medio, de prevención de enfermedades transmisibles para las que sea necesario desarrollar medios biológicos o no biológicos para su control y erradicación, para el mejoramiento de la habitación, de los sistemas de trabajo, etc., el personal del Seguro Social deberá ser auxiliar de las dependencias gubernamentales correspondientes.

6. El procedimiento administrativo para la solicitud de los servicios debe ser lo más simple posible, y los detalles podrán variar de acuerdo con el grado de cultura de la población protegida.

7. Del expediente clínico y de los registros de inmunizaciones se desprenderán periódicamente los datos indispensables para conocer el número de prestaciones otorgadas, con sus diferentes características, y valorar las funciones desarrolladas por el personal técnico médico.

8. El problema de la identificación de los solicitantes para el otorgamiento de las prestaciones médicas pasa a ser un factor secundario, y más bien indispensable para la organización administrativa interior, y no para fines de limitación de otorgamiento de prestaciones, ya que si en principio todos los individuos tienen derecho a ser atendidos, sólo los morosos en sus pagos pueden dar lugar a la suspensión del disfrute de ellas.

PRESTACIONES FARMACÉUTICAS.

De las prestaciones médicas, la que origina los mayores gastos es la farmacéutica.

Cuando se logre la extensión del Seguro Social al campo, las cuotas que se calculen para el sostenimiento del Seguro de Enfermedad-Maternidad tendrán que corresponder en una parte importante al renglón farmacéutico, que es el que ocasiona las mayores erogaciones.

La orientación a seguir en el campo se deriva de un somero análisis de la cuestión :

El fraude que cometen los derechohabientes, mediante la simulación de enfermedades para obtener medicinas y venderlas o regalarlas a sujetos sin derecho, se pierde en la organización que se propone para el campo; en primer lugar, debido a que todos los habitantes tendrán derecho a la asistencia médica y farmacéutica, y, segundo, a que no habría, generalmente, compradores locales para las medicinas sustraídas de mala fe de los servicios del Seguro.

El despilfarro ocasionado por los médicos, por prescribir medicamentos no indicados, es un problema cuya resolución está en manos de las autoridades técnicoadministrativas del Seguro Social, mediante una correcta supervisión técnica y orientación social de los médicos.

La causa primordial que origina el alto costo en los egresos farmacéuticos es el precio a que son adquiridos estos productos de laboratorios particulares. Al respecto, cabe hacer las siguientes consideraciones :

En el ejercicio liberal de la profesión médica pueden ser recriminados dos sectores, que tienen como bien la explotación del dolor humano: el médico, con el ejercicio de su profesión, y el industrial, que elabora los productos medicinales.

Se ha esgrimido, como razón fundamental para modificar la actuación del médico, el alto costo de la asistencia faculta-

tiva, que hace prohibitivo para el mayor número de la población el tratamiento de sus enfermedades en manos de profesionales; pero en la práctica encontramos que no son los servicios del profesionista lo más costoso dentro de la asistencia médico-farmacéutica moderna, sino que precisamente lo es el costo de los medicamentos. Esta situación persiste en el ejercicio colectivo de la Medicina dentro de los Seguros sociales.

Ahora bien, si se trata de controlar la actividad del médico para corregir una contradicción de nuestros sistemas socio-económicos, es igualmente contradictorio que a la sombra de la Medicina colectiva quede la iniciativa privada con manos libres para explotar la enfermedad del pueblo mediante la venta de productos farmacéuticos. Si el médico no debe explotar el dolor humano, el industrial debe igualmente dejar ese renglón de explotación, ya que lo que se considera como bueno para terminar con el ejercicio liberal de la profesión del médico es igualmente valadero para acabar con la explotación industrial de los que fabrican productos farmacéuticos.

La Medicina colectiva, dentro de los Seguros sociales, debe estar basada en el control del ejercicio profesional del médico y en la elaboración por sí misma de los productos medicinales necesarios.

Debe, pues, eliminarse la elaboración libre de medicamentos fuera de los Seguros sociales; pero en el momento actual, en que los grupos protegidos son mínimos en comparación con la población total, en que los laboratorios de productos medicinales representan centros de trabajo de importancia y en que gran parte de la investigación científica está en manos de esta industria privada, sugerimos como más conveniente por el momento que, al hacerse la aplicación del Seguro de Enfermedad-Maternidad al medio rural, los productos medicinales que allí se empleen deben ser elaborados por los Seguros sociales, teniendo en cuenta que en tales lugares no

existen ni siquiera en venta los productos elaborados actualmente por la industria privada, e imperdonable sería abrir nuevos mercados, aduciendo razones sociales, para la explotación por el capital privado del dolor humano.

Además de costosa, el otorgamiento de la prestación farmacéutica es compleja en el medio urbano, complicación debida a la idea que aún persiste de creer que es absolutamente necesario utilizar la prescripción magistral.

Es un hecho que los productos medicinales de patente dan una mayor garantía de pureza, de correcta dosificación y una mejor oportunidad para la más fácil organización administrativa de los servicios que los productos galénicos, lo que nos lleva a sugerir que la elaboración de medicamentos magistrales en los medios rurales se limite a las unidades de mayor importancia, y que sea motivo de estudios detallados y concienzudos la elaboración de un Cuadro Básico suficiente de medicamentos de patente, mismos que deberán ser producidos o importados por los Seguros sociales para su utilización en las unidades rurales.

De aplicarse lo anterior, creemos que se logrará, por una parte, simplificar la organización de las unidades médicas, y, por otra, disminuir el costo de los servicios farmacéuticos, bases para lograr las cuotas menores para el sostenimiento del Seguro de Enfermedad-Maternidad.

PERSONAL TÉCNICO.

El médico y su principal auxiliar, la enfermera, son los técnicos indispensables para la aplicación del Seguro de Enfermedad-Maternidad; si bien hemos afirmado que el éxito contra la enfermedad no se logrará con una actividad exclusiva y aislada del Cuerpo Médico, sí es un hecho que todas las actividades de la población para alcanzarlo deben tener como centro al médico. Pero el médico vive en el mundo una

etapa de transición: del ejercicio libre e individualista de la Medicina colectiva como servicio social. Período de transición tanto más difícil cuanto que el médico se siente lesionado en sus intereses, por una parte, y, por la otra, porque las autoridades que han tenido en sus manos la organización de los servicios médicos de los sistemas de Seguro Social han impuesto, por lo general, controles administrativos para la labor desarrollada poco adecuados para la función técnica de los médicos.

Creemos que el problema del personal técnico puede y debe ser resuelto, tomando como base los aciertos del ejercicio privado, incorporándolos a la organización de los actuales sistemas colectivos de protección.

El punto más debatido es el de la lesión económica que sufre el médico, situación que debe ser analizada para darle su justo alcance. Podemos afirmar concretamente que el verdadero médico, en el ejercicio libre de su profesión, sólo alcanza la comodidad y la holgura económica a base de trabajo, superación y eficiencia, mismos atributos que deben servir para valorar la actividad del médico dentro de los Seguros sociales; en función de ellos, retribuirlo con salarios justos.

La situación de intranquilidad no sólo se encuentra en el personal médico, sino también en las autoridades administrativas de los Seguros, debido a que la mayoría de los médicos no se han asimilado a la idea de protección colectiva, debido principalmente a la contracción que existe entre la orientación social de las enseñanzas de los centros docentes y el sentido de la Seguridad Social.

De lo anterior se desprenden los requerimientos que en función del personal técnico médico es necesario cubrir para la organización de los servicios médicos rurales:

a) El médico, preferible el recién regresado de los centros docentes, debe ser preparado y entrenado en los Seguros

sociales establecidos sobre las nueva orientaciones de trabajo y las funciones que deberá desempeñar en el campo ;

b) Debe contratarse para trabajar al personal técnico médico a tiempo, completo y exclusivo ;

c) Los médicos deben quedar supervisados en el desempeño de sus labores mediante controles técnicos, para valorar su eficiencia en el trabajo y, en relación a ella, fijar salarios y estímulos.

PLANEAMIENTO DE LA RED DE CENTROS MEDICOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

por *Nestali Rodríguez,*

*Jefe de la Oficina de Planeamiento de Hospitales
del Instituto Mexicano del Seguro Social.*

Para la conservación de la salud y la promoción del bienestar de sus derechohabientes, el Instituto Mexicano del Seguro Social requiere centros médicos directos que respondan amplia y eficientemente, tanto a las necesidades de sus protegidos como a las exigencias impuestas por el desarrollo alcanzado por la ciencia médica.

De conformidad con la disposición legal que la creó, esta Institución está obligada a proporcionar los Seguros de Enfermedad, Maternidad, Invalidez, Vejez, Muerte, Desocupación Involuntaria y Riesgos Profesionales. Y aún más: aunque con carácter experimental, recientemente se estableció el Subsidio Familiar, con el objeto de proteger económicamente a la familia para la mejor crianza y educación de los hijos.

De todos estos diferentes sistemas de protección, puede afirmarse que sólo el de la Desocupación Involuntaria y el Subsidio Familiar carecen de relación con las actividades médicas, cuyas obligaciones para con los derechohabientes, como se ha apuntado, determinan la necesidad de construir centros médicos que, además de responder a las condiciones económicas y sociales de nuestro medio, contengan características espe-

ciales a tono con los adelantos de la ciencia médica y con el grado de evolución a que han llegado los regímenes de Seguridad Social, de los cuales el Instituto Mexicano es uno de los que se han colocado a la vanguardia.

En cuanto al desarrollo histórico del Seguro Social, se advierten, perfectamente definidas, tres etapas, a saber:

La *compensatoria*, durante la cual se suplía con numerario la capacidad del trabajador, ayudándose en igual forma a la viuda y huérfanos del derechohabiente en caso de muerte.

La *curativa*, en la que, además, ya con sentido humanitario y mayores ventajas económicas, se trataba la enfermedad causante de la incapacidad.

La *preventiva*, que, con una amplia comprensión de los problemas sociales y justo sentido de los valores humanos, procura mantener a la clase trabajadora en condiciones óptimas de salud física y mental, prodigando cuidados materno-infantiles para lograr un embarazo normal, un parto feliz y la buena crianza de los hijos; que evita los riesgos profesionales; que previene las enfermedades transmisibles; que descubre los padecimientos incipientes a tiempo de ser fácilmente curables y a menor costo, lo que impide cronicidad, la invalidez y la muerte prematura, aumentando de paso la esperanza de vida, y, por ende, prolonga la era productiva del hombre y evita en lo posible los achaques de la época postrera de la vida.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, por ser de los más modernos en su género, resume las etapas compensatoria y curativa y actúa en plena etapa preventiva, la más adecuada para promover, a través de sus ventajosos sistemas, el mayor rendimiento del trabajador organizado, así como el bienestar y prosperidad de la comunidad.

Las deficientes condiciones económicasociales que pesan sobre el país son ya conocidas de todos los que se han asomado

a la vida de nuestro pueblo; sin embargo, conviene hacer resaltar algunas de las que más afectan al bienestar social. En primer término, precisa señalar la ignorancia que priva en gran parte del núcleo proletario, tara que le impide aprovechar los recursos del medio y defenderse de los factores contrarios a la vida humana. El analfabetismo expone a la pérdida de la salud y a las miserias moral y material del individuo. Consecuencia de la incultura y de la miseria, es el bajo *standard* de vida de nuestro pueblo que mal se alimenta, que viste ropa inadecuada, que habita en casas insalubres, que sufre enfermedades que en la mayoría de los casos son fácilmente evitables, que trabaja en condiciones lamentables, obteniendo escasos rendimientos, etc., circunstancias todas que favorecen la morbilidad y la mortalidad y disminuyen la esperanza de vida, menoscabando, en suma, el bienestar y el progreso de la nación.

De aquí que, aunque en forma indirecta, el Instituto Mexicano del Seguro Social trate de combatir esta situación mejorando el medio físico y social en que se hallan nuestros trabajadores, objetivo que en parte se consigue invirtiendo sus reservas económicas, como lo indica su propia Ley, en obras de beneficio público, tales como saneamiento, introducción de agua potable, fuentes de energía eléctrica, construcción de escuelas y caminos, etc., mediante la adquisición de Bonos de Gobierno, debidamente garantizados, que con dichos propósitos se emitan.

Claro está que los fondos del Seguro Social, que son el patrimonio del trabajador asalariado, deben ser manejados como los de cualquiera institución bancaria, previa su más absoluta garantía, y con miras a su máximo incremento, para beneficio de sus derechohabientes; pero su verdadera finalidad no es el lucro, sino el mejoramiento de la colectividad, en virtud de lo cual—como está previsto por su Ley—han de preferirse, y se prefieren sobre todas las operaciones en

igualdad de condiciones de garantía y de productividad, aquellas que contribuyan al mejoramiento social de nuestro pueblo.

Igualmente está obligado a construir centros médicos que tengan por principal finalidad la conservación de la salud, utilizando como medios las ventajas de la Higiene, los recursos curativos y la rehabilitación física, mental, ocupacional y social de quienes han sufrido menoscabo debido a la enfermedad.

Ahora bien, siendo la finalidad profiláctica la que más conviene a los derechohabientes, así como a las tendencias económicas y humanitarias de la Institución, los centros médicos que se construyan deben reunir características que les permitan desarrollar esta labor eficientemente, lo que les hará ocupar lugar preeminente entre los de su género.

Obedeciendo, pues, a esta tendencia primordial, se considera necesario establecer servicios para el examen del aparentemente sano, de inmunizaciones y de educación higiénica, así como de biotipología, con fines de orientación vocacional; es decir, para colocar a cada individuo en el lugar que corresponda, de acuerdo con sus inclinaciones y facultades, en obvio de riesgos profesionales. La introducción de estos servicios determina una de las más vigorosas características de los centros médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Debe entenderse que la introducción de dichas particularidades, requeridas para la función profiláctica en los establecimientos de que se viene hablando, no excluye las que corresponden a las demás finalidades de los centros hospitalarios, sino que, por el contrario, impulsan al mejoramiento de todos aquellos servicios necesarios para la pronta restauración de la salud, y mantener así en buenas condiciones físicas y mentales a los trabajadores y a sus familiares, como requisito esencial para obtener el máximo rendimiento de los laborantes en beneficio propio y de la comunidad.

Por lo que hace a la acción curativa de dichos centros,

debe aplicarse en forma pronta y eficiente, a cuyo efecto son condiciones fundamentales el diagnóstico oportuno de las enfermedades y empleo de los recursos terapéuticos apropiados. Para lo primero se requiere de los medios proporcionados por los modernos y valiosos elementos auxiliares de diagnóstico, tales como los laboratorios clínicos, la radiología y el electrodiagnóstico, cuya capacidad y desarrollo deben permitir su empleo de manera amplia y sistemática en el mayor número de los casos, y, a ser posible, en su totalidad. En cuanto a lo segundo, se necesita de todos los servicios apropiados para la mejor atención de los enfermos, tanto ambulantes como hospitalizados. Esta atención debe ser positivamente eficiente y oportuna para evitar tratamientos prolongados y costosos, la cronicidad de los padecimientos, la invalidez y la muerte prematura.

Nótese, pues, el firme propósito del Instituto por crear y contar con centros médicos que garanticen al máximo la mejor atención de los enfermos y el buen éxito que con su tratamiento se persigue, otra modalidad que los acreditará como de los más aventajados.

Además, en caso de enfermedad, el Instituto no habrá de limitarse al restablecimiento de la salud en el paciente, sino que, de ser necesario, extenderá sus atenciones hasta conseguir su rehabilitación integral, para lo cual establece los servicios indispensables, tales como Psicoterapia, la Fisiatría, la Terapia Ocupacional y el Trabajo Social. El desarrollo de estos servicios, por la importancia de su finalidad, constituye otra particularidad digna de especial mención.

Este programa, complejo de suyo, está supeditado a un requisito indispensable para su buen éxito, tal es el de contar con un personal idóneo, entendiéndose por ello la reunión de las siguientes condiciones: ética profesional, sentido humanitario, vocación, preparación y afán de superación.

Y para disponer de un equipo humano tan diverso como

selecto, claro está que es al Instituto Mexicano del Seguro Social a quien corresponde proporcionar los más amplios y valiosos medios para el mejoramiento de los profesionistas que necesita.

De esta manera, pronto se recogerán los frutos de una considerable superación de todas y cada una de las clases que laborarán en el vasto y delicado campo de la Medicina, con lo que, además de los enormes beneficios que reportará para Méjico el desarrollo profesional de la materia, el médico, el verdadero médico, alcanzará la merecida dignificación que corresponde a todo hombre que se consagra de por vida a una causa tan elevada y meritoria, como lo es, en este caso, la de velar sin descanso por la salud y bienestar de sus semejantes.

La investigación científica, como se ha dicho, es capítulo de relevante importancia, toda vez que sin ella son imposibles los adelantos de la Medicina, además de que al Seguro Social le precisa y beneficia el provocar estas actividades para estar en posibilidad de disponer de un personal capacitado, así como de dotar a éste de todos los recursos indispensables para ejercer la prevención y tratamiento de las enfermedades, condiciones indispensables para garantizar en lo posible la conservación de la salud de sus derechohabientes, primero, y, concomitantemente, coadyuvar de manera efectiva al progreso de la Medicina para bien universal.

Una de las peculiaridades del Instituto Mexicano del Seguro Social, que le distingue ventajosamente de los de su clase, es el Seguro de Maternidad.

Sustentando la tesis de que la mujer es un individuo igualmente facultado que el hombre para desenvolverse y actuar en todos los campos de la actividad humana, con la sola diferencia de su aptitud maternal, misma que temporalmente inhabilita para toda labor que no sea inherente a la procreación, este Instituto se preocupa por favorecer dicha condición de la mujer, proporcionándole, además de las atenciones que

imparte al trabajador varón, todas aquellas prestaciones encaminadas a asegurar un embarazo saludable, un parto feliz, un puerperio normal y la buena crianza del producto.

Asimismo, y a través de sus Servicios Médicos, ha de cooperar para el estudio de las características del niño mediante el establecimiento de clínicas de conducta, muy especialmente tratándose de casos-problema, tan frecuentes en nuestro medio ambiente.

Para el debido aprovechamiento de estos modernos centros médicos, por parte del derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, se dispondrá de los servicios de divulgación científica, con que contarán para destruir el viejo concepto de que los hospitales privan en la mentalidad de las masas populares, que los consideran como deficientes y pasivas instituciones de cura para casos avanzados.

Harán del conocimiento del pueblo sus nuevas finalidades, su organización, sus servicios, y las actividades que desarrollan para crear la confianza entre el pueblo, que habrá de considerarlos como centros de lucha con suficiente poder de penetración, que les permitirá llevar su acción hasta los más humildes sectores sociales para cooperar al bienestar y felicidad de la colectividad.

En resumen, las finalidades de los Servicios Médicos del Instituto son :

1. La prevención de las enfermedades y de los riesgos profesionales.
2. La protección a la madre y al niño.
3. La atención de los enfermos.
4. La rehabilitación.
5. El adiestramiento del personal.
6. La investigación científica.

Para el logro de los propósitos antes señalados, se requieren los servicios que se especifican a continuación :

La conservación de la salud:

- Examen sistemático del aparentemente sano.
- Estudios biotipológicos.
- Inmunizaciones y pruebas inmunológicas.
- Educación higiénica.

La protección a la madre y al niño:

- Exámenes prenupciales.
- Cuidados prenatales, natales y postnatales.
- Clínica de la conducta.

Atención a los enfermos:

- a) Diagnóstico.
Investigaciones clínicas, de laboratorio y radiológicas.
- b) Tratamientos.
Consulta para enfermos ambulantes.
Atención a domicilio.
Hospitalización.
Banco de sangre.
Roengentdiagnóstico.
Curioterapia.
Fisiatría.
Intervenciones quirúrgicas.
Farmacología.
- c) Rehabilitación.
Psicoterapia.
Fisiatría.
Terapia ocupacional.
Trabajo social.
- d) Adiestramiento de personal.
Escuela de enfermeras.
Prácticas hospitalarias (Juntas médicas, estudios post-mortem, etc.).

Cursos de especialización.

Información científica.

Congresos médicos.

e) **Investigación científica.**

Laboratorios biológicos, de química, de física y de farmacología.

Archivos clínicos y bioestadísticos.

Hemos visto la diversidad de servicios que se requieren para impartir las prestaciones médicas.

Procede ahora ocuparnos de su adecuada distribución, con el objeto de que sean fácilmente aprovechados por los derechohabientes.

Esta distribución implica la creación de diferentes tipos de establecimiento con servicios bien definidos, convenientemente coordinados entre sí, para integrar una Red de Centros Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dicha Red de Centros Médicos se compondrá de:

Consultorios periféricos.

Clínicas.

Hospitales generales.

Maternidades.

Los consultorios periféricos tienen tres finalidades, a saber:

1. **Prevención de las enfermedades.**
2. **Protección a la madre y al niño.**
3. **Atención de enfermos.**

Sus servicios:

1. **Para la prevención de las enfermedades.**
 - a) **Examen del aparentemente sano.**
 - b) **Inmunizaciones.**
 - c) **Educación higiénica.**

2. Para la protección de la madre y el niño.
 - a) Prenatal.
 - b) Postnatal.
3. Para la atención de los enfermos.
 - a) Consulta general para enfermos ambulantes.
 - b) Atención domiciliaria.
 - c) Emergencia.

Las finalidades de las clínicas son :

1. Prevención de las enfermedades.
2. Protección a la madre y al niño.
3. Atención de los enfermos.
4. Adiestramiento del personal.

Sus servicios :

1. Para la prevención de las enfermedades.
 - a) Examen del aparentemente sano.
 - b) Inmunizaciones.
 - c) Educación higiénica.
2. Para la protección a la madre y al niño.
 - a) Prenatal.
 - b) Postnatal.
3. Para la atención de los enfermos.
 - a) Consulta para enfermos ambulantes, que comprende la médico-quirúrgica general y algunas especialidades, incluyendo odontología.
 - b) Atención a domicilio.
 - c) Emergencia.
4. Para el adiestramiento del personal se utilizan estos mismos servicios.

Atendiendo a las particularidades de ciertas zonas de influencia, sus respectivas clínicas estarán dotadas con reducido número de camas, destinadas a la atención de partos y de casos de emergencia.

Igualmente funcionarán en algunos otros dispensarios antituberculosos.

Los hospitales generales tienen por finalidad:

1. La prevención de las enfermedades.
2. Protección a la madre y al niño.
3. Atención de enfermos.
4. Rehabilitación.
5. Adiestramiento del personal.
6. Investigación científica.

Sus servicios:

1. Para la prevención de las enfermedades.
 - a) Examen del aparentemente sano.
 - b) Estudios biotipológicos.
 - c) Educación higiénica.
 - d) Inmunización.
2. Para la protección de la madre y el niño.
 - a) Prenatal.
 - b) Postnatal.
3. Para la atención de los enfermos ambulantes, encamados en su propio domicilio, de emergencia y hospitalización.
 - a) Consulta médico-quirúrgica general.
 - b) Especialidades médico-quirúrgicas.
 - c) Servicio a domicilio.
 - d) Servicio de emergencia.
 - e) Hospitalización.
4. Para la rehabilitación.
 - a) Psicoterapia.
 - b) Fisiatría.
 - c) Terapia ocupacional.
 - d) Trabajo social.
5. Para el adiestramiento del personal.

Además de los servicios enumerados, los siguientes:

- a) Escuela de enfermeras.
 - b) Prácticas hospitalarias.
 - c) Reuniones científicas.
 - d) Información científica.
6. Para la investigación científica.
- a) Laboratorios químicos, clínicos y farmacológicos.
 - b) Gabinete de física.
 - c) Archivos clínicos.
 - d) Bioestadística.

Además de los servicios médicos hasta aquí especificados, para el logro de los objetivos señalados, los diferentes centros contarán con otra índole general administrativa.

Las maternidades que tienen como finalidad la atención de las embarazadas y de los niños recién nacidos cuentan con los siguientes servicios:

1. Consulta externa, que comprende:
 - a) Consulta prenatal.
 - b) Consulta postnatal.
 - c) Estomatología.
 - d) Atención a domicilio.
2. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
 - a) Banco de sangre.
 - b) Laboratorio.
 - c) Roengentdiagnóstico.
 - d) Intervenciones quirúrgicas.
 - e) Central de abastecimientos.
 - f) Farmacia.
 - g) Obitorio.
3. Hospitalización.
 - a) Admisión de parturientas.
 - b) Observación prepartum.
 - c) Partos.

- d) Observación postpartum.
 - e) Partum normal.
 - f) Infecciosos.
4. Servicios generales.
 5. Servicio de enseñanza y divulgación.
 6. Gobierno.

Expuestas las obligaciones que la Ley impone al Instituto Mexicano del Seguro Social, en lo que se refiere a la protección de la salud de sus asegurados y beneficiarios; señaladas las finalidades de las funciones médicas; enumerados los servicios indispensables para el logro de dichos objetivos, y hecha la tipificación de los centros que han de impartirlos, toca ahora distribuirlos de acuerdo con las necesidades de la población y a las condiciones del medio físico en que se encuentran.

Por lo que al estudio de la población se refiere, los conceptos principales que deben captarse son:

Número de derechohabientes, su densidad, su estructura natural, su distribución y su incremento probable. Asimismo, se toma en consideración el género de las ocupaciones predominantes, ya que este dato puede determinar el índice de los riesgos profesionales que obligan a establecer servicios determinados. De capital importancia es también el estudio de la natalidad, de la morbilidad y de la mortalidad, denominología que condiciona la diferenciación y capacidad de los servicios.

Además de los conceptos anteriores, se concede importancia a la investigación que se realiza acerca del *standard* de vida de la comunidad, principalmente por cuanto a su alimentación, habitación, vestido, etc.

En lo que se refiere a las condiciones sociales del medio, el aspecto cultural es igualmente interesante, ya que, por ejemplo, si es bajo, nos obligará a dedicar mayor empeño a los servicios educativos.

Con relación al medio físico, las cuestiones que se investigan con mayor acuciosidad son :

La división política de la región de que se trate, sus vías de comunicación, vientos, temperatura, soleamiento, humedad, etc.

Por lo que concierne a las condiciones sanitarias, se aprecian las que se refieren al saneamiento de la zona de su adscripción.

Desde el punto de vista de la construcción, se registran todas las posibilidades que puedan concurrir a facilitar la edificación de los centros, tales como la existencia de fábricas de materiales, equipos hospitalarios, etc., y otros que a la vez puedan influir en el abaratamiento de las obras.

Asentadas las bases fundamentales del planeamiento de los centros médicos del Seguro Social, en lo general, es prudente dedicar un capítulo especial a las normas particulares que se han seguido al planear la Red de Centros Médicos del Distrito Federal.

Las principales actividades realizadas al afecto se detallan a continuación :

Con el fin de conocer la población de derechohabientes del Distrito Federal, la Oficina de Planeamiento de Hospitales solicitó, y obtuvo, del Departamento de Afiliación el número de asegurados y beneficiarios, cuyos datos sirvieron de base a las elaboraciones conducentes a la estimación de la estructura natural de dicha población.

De igual fuente se recogió la información relativa a la ubicación de los centros de trabajo, con cuyos elementos se calculó la densidad de la población derechohabiente y su distribución.

Por estos estudios, se llegó al conocimiento de que los principales centros de trabajo se encuentran distribuidos en la siguiente forma :

Al Noroeste del Distrito Federal se localiza la zona indus-

trial de mayor desarrollo, estando situados sus principales centros de trabajo en la porción Norte del Cuartel V y en el Cuartel IX de la ciudad, así como en la Delegación de Azcapotzalco, extendiéndose hacia Tlalnepantla, del Estado de Méjico.

En segundo lugar, por su importancia, se destacan los centros industriales ubicados al Norte del Cuartel II y en la Delegación Gustavo A. Madero, y que completan los centros industriales del Cuartel I, donde privan los del tipo doméstico.

Al Suroeste de la ciudad se advierte la zona industrial de las Loñas de Becerra, y hacia el Suroeste se encuentra un grupo de menor importancia, enclavado hacia el Sur del Cuartel II.

Hacia el Sur del Distrito Federal, en San Angel, Contreras y Tlalpan, se hallan otros centros industriales de consideración.

El estudio que antecede, realizado por la Oficina de Planeamiento de Hospitales, es de los más importantes para la determinación real de la densidad y distribución de la población derechohabiente, ya que no basta disponer de la declaración patronal, cuyos resultados, erróneamente, revelan una densidad de población trabajadora preponderante en los Cuarteles IV y VI, de la ciudad de Méjico, cuyo error proviene de haber señalado como lugar del centro de trabajo el domicilio donde propiamente se encuentran establecidas las oficinas directivas de dichas industrias.

Luego, descubierta la realidad del fenómeno, y considerando que preferentemente es alrededor de los propios centros de trabajo donde residen los trabajadores con sus familias, se declararon estas zonas como las más indicadas para determinar la ubicación de los centros médicos, cuya condición principal debe ser su fácil accesibilidad.

Intimamente relacionada con esta última condición, está la del estudio del sistema de comunicaciones, que ofrece ca-

racterísticas especiales muy dignas de tomarse en cuenta para los efectos de la planeación de una unidad médica cualquiera.

Así, pues, para llenar este requisito, se partió de la consideración de que el sistema vial de la ciudad de Méjico parte fundamentalmente de las rutas que siguieron sus primeros pobladores y de las asignadas por los principales movimientos inmigratorios.

Los movimientos de población procedentes del Norte determinaron una ruta de Norte a Sur, representada actualmente por la Avenida de los Insurgentes; y el movimiento inmigratorio de los españoles conquistadores, que se efectuó de Oriente hacia el Occidente del país, influye en el desarrollo de las vías preestablecidas por nuestros pobladores indígenas.

Esta segunda vía primitiva atraviesa la ciudad de Méjico de Oriente a Poniente, la cual no se conserva bien definida debido a las irregularidades urbanísticas de que actualmente adolece la capital con motivo de su desenvolvimiento.

Paralelamente a la primitiva vía Norte-Sur, se han desarrollado otras que atraviesan la ciudad, entre las que se pueden citar:

Hacia el Occidente de la Avenida de los Insurgentes, Santa María de la Ribera; hacia el Oriente de la misma vía, Guerrero-Bucareli y Calzada de la Piedad, hoy Avenida Cuauhtémoc; Santa María la Redonda-San Juan de Letrán-Niño Perdido; Allende-Bolívar y su prolongación; Comonfort-Isabel la Católica y su prolongación; Calzada Gustavo A. Madero-Avenida Peralvillo-Brasil-Cinco de Febrero y su prolongación, y Avenida Argentina-Pino Suárez y San Antonio Abad, que continúa con la Calzada de Tlalpan.

Ahora, para facilitar la circulación de Oriente a Poniente, en los últimos años se trazaron dos anillos de circunvalación, que salvan el centro de la ciudad.

Pues bien: confrontando todas estas circunstancias viales con la localización de los núcleos de población de trabajado-

res, se concluyó por señalar los sitios más apropiados en que habrían de situarse las diferentes unidades de la red de centros médicos, de las que nos ocupamos a continuación.

La Red de Centros Médicos del Distrito Federal comprende dos grandes hospitales de zona de tipo general, clínicas y consultorios periféricos distribuidos en las zonas Norte y Sur de la ciudad.

De este modo, el sistema está integrado por dos hospitales-base: el primero, situado al Norte, entre la Avenida de los Insurgentes y la prolongación de las calles de Santa María de la Ribera, tocando el Segundo Anillo de Circunvalación, y el segundo, ubicado al Sur, entre las Avenidas Cuauhtémoc y Niño Perdido, próximo al Segundo Anillo de Circunvalación, que extiende su acción a la totalidad de sus respectivas zonas de influencia a través de las clínicas y los consultorios periféricos.

El Primer Hospital de Zona tiene una consulta externa con capacidad de servicio para cubrir las necesidades de su zona de influencia, que comprende los Cuarteles III y V, de la ciudad, y la Delegación de Gustavo A. Madero, con un total de 100.000 derechohabientes.

Además de la atención médica que han de impartir a los enfermos ambulantes, los servicios de consulta externa atenderán los casos-problema procedentes de sus clínicas subsidiarias.

Para lo futuro está prevista la construcción de una clínica más, que se levantará en la parte Sur del Cuartel V, así como un consultorio periférico, al Noroeste de la Circunscripción, ambos establecimientos destinados a complementar la capacidad de servicio de la consulta externa del Primer Hospital de Zona, una vez que el esperado incremento natural de la población lo exija.

Segundo Hospital de Zona.

Como el anterior, cuenta con amplio servicio de consulta externa con capacidad de atención para 100.000 derechohabientes, y cuya zona de influencia la integran los Cuarteles VIII, XII y fracciones del IV y del II, de la ciudad de Méjico, como la Delegación de Ixtacalco.

Clínica de Tacubaya.

Esta clínica se destina a la atención de los derechohabientes de los Cuarteles X y XI, cuya población derechohabiente se calcula en 40.000 personas.

Clínica de Tacuba.

Esta dará servicio a 60.000 derechohabientes, población calculada del Cuartel IX, de la ciudad, y de la Delegación de Atzacapozalco, donde posteriormente será construída otra clínica.

Clínica de la Colonia de Santa María de la Ribera.

Establecida para servir a 50.000 derechohabientes, teniendo por zona de influencia parte del Cuartel VII, de la ciudad.

Clínica de Orizaba.

Con igual capacidad que la anterior, cubrirá 50.000 derechohabientes. Su zona de influencia comprende parte del Cuartel VI.

Clínica de Anillo de Circunvalación.

Con capacidad de servicio para 60.000 consultantes residentes en la fracción del Cuartel II, no considerada en la zona de influencia de la consulta externa del Segundo Hospital de Zona.

Clínica de la Colonia Morelos.

Teniendo por zona de influencia el Cuartel I, de la ciudad, impartirá atención a 50.000 derechohabientes.

Clínica de la Delegación de San Angel.

Está capacitada para cubrir demanda de servicios de 40.000 personas.

Clínica de la Delegación de Contreras. D. F.

Con capacidad para 25.000 consultantes.

La zona de influencia a cargo de estas dos últimas clínicas la integra la zona fabril del Sureste del Distrito Federal.

Para dar atención a las necesidades del Cuartel IV y de la porción Norte del Cuartel VI, de la ciudad, se había pensado en el establecimiento de dos clínicas, respectivamente, cuya idea tenía por objeto el servir a los densos núcleos de trabajadores que, según la declaración patronal, existían en dichos sectores; mas como posteriormente se aclaró por los estudios de localización, de que ya hablamos, que tal cosa era ficción derivada del hecho de haber ofrecido la dirección de los despachos patronales como ubicación de las factorías, se concluyó con la determinación de dejar en suspenso la idea de tales construcciones, por lo menos hasta conocer las verdaderas necesidades de la zona central, dejando para el mantenimiento de los servicios la ya existente clínica de la Avenida Cinco de Mayo.

En suma: glosando la capacidad de los servicios de consulta externa de los dos hospitales de zona con los de las clínicas hasta aquí enunciadas, se concluye que: el sistema de servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social está capacitado para atender las necesidades de una población de 700.000 beneficiarios, en lo que a los enfermos ambulatorios se refiere.

Por lo expuesto, queda asentado que el sistema de centros médicos de que trata está integrado por dos grandes hospitales de zona, en que se sustentan los servicios que para la conservación, promoción y mantenimiento de la salud necesita la población de derechohabientes del Distrito Federal, hospitales que tienen como entidades auxiliares a diez clínicas subsidiarias, como, respectivamente, se especifican a continuación.

Del Primer Hospital de Zona: Clínicas de Tacuba, Santa María de la Ribera, de las Calles de Orizaba, de la Colonia Morelos.

Del Segundo Hospital de Zona: Clínicas de Tacubaya, de las calles de Niños Héroes, del Anillo de Circunvalación, de la Delegación de San Angel y de la Delegación de Contreras.

Además de estos centros para la atención de enfermos, ha de contarse con maternidades para la atención de las madres durante el período natal.

Para calcular el número de camas necesarias, se ha partido del índice de natalidad del Distrito Federal, que es de 40 por 1.000 habitantes, y el período de encamamiento, que se ha reducido a seis días en promedio, gracias a los cuidados prenatales y eficiencia de los servicios destinados a las parturientas.

Así, pues, que, para nuestra población de beneficiarios, que es de 750.000, se requieren 500 camas, aproximadamente, disponiéndose en la actualidad de 350 camas, considerándose como suficientes en virtud de la atención de partos a domicilio, y sin perjuicio de ampliar este cupo de que dispone la Maternidad del Seguro a medida que las necesidades así lo exijan.

La Maternidad del Seguro Social tiene servicio de consulta externa para los cuidados prenatales durante los últimos meses del embarazo, y esta función está íntimamente relacionada con los servicios prenatales de las clínicas.

El Servicio de Hospitalización incluye: admisión, observación pre y postnatal, partos, unidades para postpartum normal y cuartos de aislamiento para infecciosos, cuneros y unidad de prematuros.

Sus servicios auxiliares de diagnóstico son: laboratorio, Rayos X, departamento de intervenciones quirúrgicas, etc.; además, servicios generales: alimentación, lavandería, etcétera; servicio para el personal y servicios administrativos.

Ya delineada la Red de Centros Médicos del Distrito Federal, y especificados los servicios de que se dispone para el desempeño de las funciones de este tipo, por lo que respecta a la Medicina preventiva y a la curativa para enfermos ambulantes, así como los establecidos para la atención materno-infantil, cabe ahora ocuparnos de los servicios destinados al cuidado y tratamiento de aquellos pacientes que, por la delicadeza de sus condiciones, deben hospitalizarse.

Para abordar este capítulo, es conveniente recordar que, al plantear la política hospitalaria del Seguro Social, se tomó muy en cuenta la conveniencia de aportar todos los servicios, elementos y recursos tendentes a reducir al máximo el número de hospitalizables, tales como el mejoramiento de las condiciones del medio, la elevación del *standard* de vida, la educación higiénica, la acción médicopreventiva, el diagnóstico oportuno de las enfermedades, la atención eficiente de los enfermos ambulantes, etc., actividades que han quedado diseñadas, al igual que los medios y organismos a emplear para su realización.

En consecuencia, es de esperar la disminución de los casos hospitalizables; y para calcular la capacidad de los servicios de hospitalización se fijó el coeficiente económico de dos camas para cada 1.000 asegurados y beneficiarios.

Luego, siendo nuestra población en el Distrito Federal de 750.000 derechohabientes, se hacía necesario disponer de un cupo igual a 1.500 camas, mismas a que asciende el número

de éstas que contará la Institución, repartidas en dos grandes hospitales de zona, de que se había hablado.

LOS HOSPITALES DE ZONA.

Desde el punto de vista médico, conviene hacer una descripción somera de los servicios con que se cuenta para la realización de los objetivos señalados.

1. *Prevención de las enfermedades.*

La consulta externa de los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social incluyen: la sección de exámenes profilácticos, que cuenta con amplia y confortable sala de espera; consultorios bien equipados para el examen de los aparentemente sanos y estudios biotipológicos e inmunizaciones; locales para el jefe médico, los médicos higienistas y auxiliares y las enfermeras visitadoras.

La estación epidemiológica, ubicada en la planta baja del pabellón de infecciosos, se ocupará del control sanitario de los contactos de focos de contagio.

Destinados a la educación higiénica, existen: un gran auditorio, aulas para enseñanza del público, lugares para exposiciones, amplio local para educación higiénicobuçal.

Se aprovechará la estancia del público en la sala de espera de la consulta externa y de los servicios intermedios para hacer labor educativa, por medio de aparatos de sonido y receptores de televisión.

En las estancias de las unidades hospitalarias habrá igualmente transmisores de sonido que se utilizarán para la educación de los enfermos semiambulantes por medio de conferencias educativas transmitidas desde la estación central del propio hospital.

2. *Protección a la madre y al niño.*

Esta importante finalidad se realiza a través de la sección maternoinfantil de la consulta externa, que se ocupa de los cuidados prenatales y postnatales.

Esta sección cuenta con un sector para madres y otro para niños; el primero tiene consultorios para la atención prenatal, el servicio de recolección de leche materna, local para el jefe del servicio y un aula amplia y confortable para la enseñanza de puericultura.

El sector infantil dispone de un *roof Garden* como sala de espera, suficientemente amplia, para evitar la cercanía de los contactos en el caso de que asistieran algunos infecciosos, los cuales podrán ser descubiertos en el recorrido que hagan las enfermeras para examinarlos y aislar a los sospechosos de algunos padecimientos contagiosos en cubículos especiales, en donde serán explorados por los médicos pediatras.

Hay consultorios para cuidados postnatales, y cercanos a éstos se encuentran los locales destinados para la especialidad de pediatría, que se encargará de la atención de los niños que presentaren algún padecimiento.

3. *Atención de enfermos.*

El hospital tiene servicios para la atención de enfermos ambulantes, de emergencia y hospitalizados. Además tiene servicio de atención a domicilio para el cuidado de los enfermos encamados en sus hogares.

Los enfermos ambulantes serán atendidos en la consulta externa; para tal objeto, se dispone de las secciones de Medicina general, de especialidades y de estomatología.

La primera sección comprende los locales para la consulta externa previa y la atención médicoquirúrgica general, más los servicios de las siguientes especialidades: Traumatología y Ortopedia, Endocrinología, Oftalmología, Otorrinolaringolo-

gía, Neurología (no tuberculosa), Cardiovascularrenal, Alergia, Enfermedades de la Nutrición, Gastroenterología, Venéreo, Sífilis, Ginecología, Urología, Neuropsiquiatría, Dermatología.

. Cada especialidad, cuya capacidad ha sido cuidadosamente calculada, cuenta con suficiente número de locales muy bien equipados, que incluyen la oficina del jefe de la especialidad, quien tendrá a su cuidado la atención de los enfermos ambulantes que asisten a la consulta externa, de los encamados en su propio hogar y de los hospitalizados.

A esta sección, destinada a los enfermos ambulantes, se le ha dotado con el equipo de la mejor calidad, y habrá de tener personal muy bien preparado para proporcionar la mejor atención de los enfermos, evitando así su agravamiento, que obligaría a su hospitalización, convirtiendo así la consulta externa en una barrera interpuesta entre los derechohabientes y el departamento de hospitalización.

Esta sección tendrá a su cargo los servicios de pre y post-hospitalización, que hará disminuir considerablemente las estancias hospitalarias.

Para los enfermos de la boca se utilizará la sección de estomatología, compuesta de gabinetes dentales y sala de operaciones.

Para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos se cuenta con servicios auxiliares suficientemente desarrollados.

Los laboratorios tienen secciones para pruebas funcionales, química sanguínea, hematología, serología, hormonología, bacteriología, parasitología, micrología, orina, anatomía patológica, antígenos e investigaciones especiales.

Además cuentan con locales para toma de productos, cinefotología, dibujo médico y oficinas administrativas.

El servicio de radiología incluye Roengentdiagnóstico, Roengenterapia, Curieterapia. Es característico de los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social el gran desarro-

llo de los laboratorios y de los servicios radiológicos, en virtud de su tendencia a descubrir oportunamente los padecimientos incipientes.

Existen igualmente locales para el electrodiagnóstico, que comprenden locales para electroencefalografía, electrocardiografía, electromiografía y cronaxia. En el obitorio se harán los estudios postmortem, que son de gran utilidad para la rectificación o ratificación de los diagnósticos de los enfermos que mueren, investigaciones que favorecen la eficacia del Cuerpo Médico.

Para el tratamiento quirúrgico se dispone de ocho salas de intervenciones quirúrgicas, con ocho salas de operaciones y los servicios especiales indispensables.

Además cuenta con una sala de operaciones en el servicio de otorrinolaringología de la consulta externa, para pequeñas intervenciones a enfermos ambulantes.

Otras dos salas de esta misma especialidad en la unidad hospitalaria destinada a los enfermos de oídos, nariz y garganta.

Dos salas de operaciones en la unidad hospitalaria para enfermos de los ojos que, por la delicadeza de su padecimiento, requieren la mínima movilización.

En la consulta externa también se encuentra otra sala de operaciones para intervenciones estomatológicas.

Las salas de operaciones son oscuras, para aprovechar las ventajas de la luz artificial dirigida, y están dotadas con todos los dispositivos necesarios de clima artificial e instalaciones para evitar la explosión de gases anestésicos.

El departamento de fisioterapia tiene secciones para electroterapia, luminoterapia, masoterapia, hidroterapia y mecánoterapia.

La central de abastecimientos proporcionará los equipos esterilizados y no esterilizados para la atención de los enfermos ambulantes y de hospitales.

Para la atención de los enfermos encamados existen veinte unidades hospitalarias, destinadas a los servicios de Medicina, Cirugía y Pediatría.

Cada unidad hospitalaria incluye salas semicolectivas y cuartos individuales, y locales para la atención de estos enfermos, tales como estación de enfermeras, cuarto de trabajo, cuarto de exploraciones, cuarto médico, cuarto séptico, cuarto para útiles de aseo, locales para camillas, cocina de distribución, comedores, baños y sanitarios y sala de día.

Las unidades hospitalarias para lactantes, que tienen ochenta cunas, cuentan con los adecuados servicios especiales, que incluyen la cocina de lactantes.

En esta misma sección de pediatría hay casas para preescolares y escolares.

Anexo al cuerpo de hospitalización, se encuentra el pabellón para infecciosos, con tres unidades hospitalarias y los servicios especiales para atención de enfermos contagiosos.

En la planta baja de este pabellón se encuentran los servicios para la admisión de enfermos de este tipo, estación de equipos, servicios para el personal y una estación epidemiológica.

Este último servicio trabajará en íntima relación con la sección de exámenes profilácticos para la prevención de las enfermedades.

Cuéntase, además, para la atención de los pacientes:

Servicios generales: Servicios de alimentación, con oficinas para el nutriólogo y las dietistas; despensa, cocina central, cocinas de piso, comedores para el personal.

La organización de este servicio, provista de locales adecuados con equipo moderno y personal técnico suficiente, permitirá emplear los grandes programas obtenidos en materia nutricional para la prevención de ciertos padecimientos.

Los pacientes dispondrán de ropa limpia suficiente, que

les proporcionará el departamento de lavandería, compuesto de las siguientes secciones :

Recibo y clasificación de ropa sucia.

Lavado.

Secado.

Planchado.

Reparación y manufactura de pieza ; y

Almacén de ropa limpia.

La planta mecánica proporcionará servicios de agua fría y caliente, vapor, electricidad, etc., y también se contará con los servicios necesarios para la conservación y limpieza del edificio.

Para la mejor atención de los pacientes, se contará con un moderno sistema de comunicaciones: señales enfermo-enfermera, centralógrafo, localizadores de médicos, teléfonos, tubos neumáticos, cuadro para registro y presencia del personal, sonido.

Para la comodidad de los enfermos y del personal, el hospital tiene servicios de calefacción a vapor en todos sus locales y clima artificial en los departamentos que lo requieren, tales como intervenciones quirúrgicas y radiología.

Rehabilitación.

Para la rehabilitación de las personas que han sufrido menoscabo en las condiciones psicomáticas a consecuencia de traumatismo o enfermedades, el hospital dispone de los servicios de psiquiatría, fisiatría, terapia ocupacional y trabajo social.

El servicio de neuropsiquiatría se encuentra ubicado en el cuerpo de la consulta externa y de sus locales; dos están destinados a pruebas mentales y psicoterapia.

Para la rehabilitación se dispone de un amplio servicio de fisiatría, que para el caso tiene un tanque terapéutico, una

sección de tanques de remolino, tina de Hubard, etc., y un gran local debidamente equipado para menoterapia.

La rehabilitación ocupacional se hará mediante el servicio especial establecido, contiguo a fisioterapia.

Por último, la rehabilitación social estará a cargo del servicio médico social.

Adiestramiento de personal.

Desde luego, conviene señalar la existencia de la escuela de enfermeras, con capacidad para 150 camas, en el cuerpo de hospitalización. Además, en las unidades hospitalarias existen salas para las Juntas anatomoclínicas, que periódicamente celebrará el personal médico, y cuartos médicos con laboratorio de rutina. En los laboratorios existen locales destinados para investigaciones especiales, cinefotografía y dibujos médicos. En las salas de interpretación de radiografía, del servicio de roengentdiagnóstico, hay lugares para que los médicos observen el trabajo de los radiólogos. Las salas de operaciones tendrán observatorio y cámaras de televisión para radiar las intervenciones quirúrgicas a los locales donde se reúnan los médicos. El obitorio tiene una sala para que el personal observe las necropsias y un museo de piezas anatómicas. Se ha previsto un local en el servicio de roengenterapia para la instalación en amplios y confortables locales.

Un gran auditorio, anexo al cuerpo de hospitalización, permitirá la celebración de reuniones médicas.

El hospital se ocupará ampliamente de la divulgación médico-higiénica, y para ello contará con locales para exposiciones y aparatos de sonido y de televisión en las salas de espera, aulas para la enseñanza de puericultura en la sección de enfermedades de la nutrición.

En el gran auditorio podrán realizarse proyecciones cinematográficas y conferencias para el público.

Se contará con una estación de sonido.

Investigación científica.

Las actividades relacionadas con esta finalidad podrán realizarse en los servicios que para el efecto se consideren adecuados, y especialmente en los laboratorios, en el gabinete de física, en el archivo clínico central.

EL CONTROL DE LAS PRESTACIONES TERAPÉUTICAS

por el Dr. Guillermo Dávila G.

RAZONES PARA EL CONTROL DE LAS PRESTACIONES TERAPÉUTICAS.

Aun cuando la economía de las instituciones de Seguridad Social se encuentre equilibrada, es necesario, con base en los aspectos técnico, administrativo y económico, realizar un concienzudo control de las prestaciones:

1.º Es indiscutible que, en principio, el médico que trabaja en las dependencias del Instituto del Seguro Social debe disfrutar de amplia libertad al ordenar sus prescripciones. Se ha demostrado la completa anarquía que existe para utilizar los diversos recursos terapéuticos y la frecuencia con que se recurre, en tratándose de medicamentos, a sustancias, fórmulas magistrales y, sobre todo, a medicamentos de patente que, de acuerdo con la moderna Farmacología y la evolución científica de la Terapéutica, no está justificado utilizar.

Por ello, existen razones de orden técnico que exigen el control de las prestaciones medicamentosas.

2.º Desde el punto de vista administrativo, también se justifica dicho control como consecuencia de esa anarquía que mencionamos, que complica cada vez más todos los trámites específicos, desde los que se relacionan con las múltiples adquisiciones que deben ser limitadas hasta el propio control de la distribución a los beneficiarios, pasando por los muchos

trámites administrativos en almacenes y depósitos, farmacias y botiquines, y la correspondiente contabilidad en todos estos aspectos.

3.º Las consideraciones anteriores implican la importancia del control por razones de orden económico, no sólo por la multiplicidad en las adquisiciones, sino, además, porque cuanto menos sencilla sea la terapéutica, se dificultarán más los trámites administrativos, con el consiguiente recargo de actividad administrativa.

ANARQUÍA DE LAS PRESCRIPCIONES MEDICAMENTOSAS.

Basta conocer cómo se realiza en la actualidad la terapéutica medicamentosa en sí. Un elevado tanto por ciento de los enfermos atendidos en consulta externa y domiciliaria son personas que no presentan cuadro nosológico definido, sino que presentan solamente manifestaciones monosintomáticas o cuadros sindrómicos que podrían mejorar con simples prescripciones de orden higiénico, dietético, fisioterápico y psicoterápico, y en los que sí ameritan tratamiento medicamentoso, bastaría con hacer alguna indicación meramente sintomática.

Para el tratamiento de esas sencillas perturbaciones, que deben ser tratadas precisamente con una fórmula magistral económica y de fácil preparación en la farmacia directa, se prescriben hasta varias unidades de algún oneroso medicamento de patente o especialidad farmacéutica. Frente a esta viciosa práctica, como hecho evidente se acepta que siempre que una fórmula magistral garantice los mismos beneficios terapéuticos que un producto de patente, se debe preferir la primera al resolver la terapéutica sintomática.

Debe aceptarse también que la Terapéutica, y preferentemente la medicamentosa, debe ser rigurosamente individualizada. Esto se enfatiza cuando pretende buscarse la correcta posología al caso clínico con la concurrencia de las dosis rí-

gidas e invariables de los componentes de las preparaciones de patente o especialidades farmacéuticas.

Cuando la evolución del padecimiento amerita la supresión de uno de los fármacos que constituyen la fórmula, o tan sólo disminuir sus dosis y, en cambio, conservar la dosis inicial, original de otro de los componentes del preparado, se establece este serio problema sin solución posible.

Una labor de convencimiento entre los facultativos de las instituciones de Seguridad Social los llevará a comprender lo ventajosa que resulta la clásica prescripción magistral, de preferencia si ésta es preparada y surtida, precisamente en las «farmacias de las mismas instituciones»; farmacias en las que no existen tendencias comerciales de lucro y que sí ofrecen la absoluta confianza de su solvencia científica moral traducida en la correcta preparación de las fórmulas.

La fórmula magistral, cuanto más sencilla más eficiente, resuelve, no sólo las obligaciones del médico para sus enfermos, sino que, aparte de asegurar la eficacia, incrementa notablemente las ventajas económicas:

Sistemas restrictionales de terapéutica.

Sus ventajas de orden técnico y económico.

La anarquía señalada, particularmente en lo que concierne a la prescripción medicamentosa, no es patrimonio exclusivo de las instituciones del Seguro Social, sino también se presenta en casi todas las organizaciones asistenciales, hospitalarias, sanatoriales, clínicas, etc.; su propia amplitud ha determinado la justa tendencia a poner en vigor prácticas o sistemas restrictionales sin que éstas afecten la medula y fondo de los servicios.

En lo que respecta a las especialidades farmacéuticas llamadas de patente, se han formado listas rígidas de productos seleccionados de acuerdo con su actividad farmacodinámica, listas integrales que se organizan tomando en cuenta la prin-

principal acción terapéutica de los productos, constituyendo los denominados «cuadros básicos de medicamentos», a los que deben sujetarse las prescripciones de los médicos.

Naciones de alta potencialidad económica, como los Estados Unidos de América, también realizan dicha selección (Bellevue Hospital, Presbyterian Hospital, Neurological Institute, etc.), no sólo en el corto renglón de medicinas de patente autorizada para el uso, sino que también se registre el uso de ingredientes de las mismas fórmulas magistrales.

Médicos especialistas y representantes de los diversos sectores técnicos de esos establecimientos han seleccionado un grupo de fórmulas magistrales indispensables en la práctica diaria en cada especialidad, las que, después de ser estudiadas por el Cuerpo Consultivo Médico y por el Servicio Técnico del Hospital, son aceptadas y remuneradas, esto último para que, con la simple indicación del número, la fórmula sea despachada en la farmacia del establecimiento. Estas fórmulas son de uso obligatorio. Estos procedimientos de restricción en la aplicación en el empleo de los medicamentos podrán ser inconvenientes cuando las Comisiones encargadas de determinarlos carezcan de los elementos de juicio científico necesarios; pero tendrán todas las ventajas si son dictados por un Cuerpo selecto, con preparación, experiencia e información indubitables.

Al margen del positivo ahorro económico que se logra con la simple limitación de las adquisiciones, la selección y reducción de las múltiples fórmulas magistrales acarrea la circunstancia positiva de utilizar medicinas consecuentes con los adelantos de la ciencia y del arte médicos, más eficaces para el tratamiento de las enfermedades; se puede alcanzar más fácilmente uno de los desiderátums de la terapéutica práctica: la individualización. Además, a favor de las estadísticas respectivas se tiene un juicio más acertado del valor de los medicamentos, lo que es en beneficio de la medicina en gene-

ral, y sirven para organizar las adquisiciones bajo bases científicas sólidas y para hacer las correcciones pertinentes en los cuadros básicos de medicamentos.

La Asociación Médica Norteamericana demostró recientemente, con una lista de medicamentos entre los más utilizados por los profesionistas del vecino país, que dichos productos, recetados bajo un nombre oficial u oficinal no patentado, costaban una cantidad sensiblemente menor que si eran solicitados bajo el nombre de una especialidad farmacéutica. Su demostración concluye que en los grandes hospitales, en las instituciones de Seguridad Social y en las dependencias asistenciales gubernamentales se podrá conseguir el ahorro de sumas muy considerables, y ello sin sacrificio de sus servicios terapéuticos, tan sólo con utilizar productos oficiales y fórmulas magistrales y no los muchos preparados de patentes que habitualmente se consumen.

Bueno es realzar que en la propaganda de las medicinas de patente, ya sea en revistas médicas, en la prensa diaria, así como en el sostenimiento de gran número de agentes que recorren los consultorios de los médicos, entregando muestras y haciendo la apología de los preparados, se agotan fuertes presupuestos.

Se informa que para sostener la venta de un producto se hace el obsequio al distribuidor, por lo menos, de dos unidades del medicamento; es decir, que el valor de tres unidades es lo que tiene que cargarse al valor de la unidad que se suministra al paciente.

La eficacia de una medicina no puede ni debe descansar en la propaganda que de ella se haga, pues esta determinación debe ser estrictamente científica, con bases y antecedentes legítimos (experiencias en laboratorios farmacológicos, controles biológicos y clínicos, etc.), en instituciones en donde existan. Por eso son ilegítimas las conclusiones terapéuticas que algunos médicos creen lograr con la aplicación empí-

rica de algunos especímenes que graciosamente reciben de los laboratorios para «su experimentación».

Por otra parte, los preparados comerciales son presentados, para influenciar a los pacientes, en envolturas de lujo, gravando inútilmente al modesto patrón de vida de la mayoría de los enfermos o los presupuestos restringidos de las instituciones. Por ello se aconseja que en las organizaciones asistenciales las adquisiciones de medicamentos industrializados, realmente útiles, se hagan directamente de los fabricantes en embalajes económicos y en la forma que más convenga al propio comprador. Estas directivas ya son normas aplicadas en las instituciones de Seguridad Social.

Es indispensable realizar una labor educativa, intensa y efectiva entre los derechohabientes de las instituciones, con la finalidad de hacerlos comprender lo inútil y lo inconveniente que resulta la solicitud de recetas superfluas, e inducirlos a acatar con plena confianza las indicaciones higiénicas, dietéticas y fisioterápicas indicadas por el médico, a más de convencerlos de que no son siempre los tratamientos más caros los mejores.

Esta misma labor tenderá también a borrar del ánimo del enfermo el arraigado fetichismo por los medicamentos de patente, a llevarlos a la comprensión de que los medicamentos no pueden ni deben ser juzgados por su nombre, ni por el prospecto, más o menos sugestivo, que los acompañan, ni por la nacionalidad del laboratorio productor, ni menos aún por su precio, sino sólo por la acción farmacodinámica de los ingredientes que componen su fórmula, acción plenamente verificada en la experiencia. Naturalmente que el mejor convencimiento se hará a través de prescripciones magistrales efectivas o de medicamentos que, a pesar de su sencillo envase, llenen satisfactoriamente su objeto; así, la realidad será la mejor comprobación del consejo.

Conjuntamente con esta labor, debe insistirse ante los mé-

dicos para procurar que acepten la prescripción medicamentosa lo más sencilla posible; en la conservación de sus tratamientos, recordarles que sólo las fórmulas simples pueden satisfacer un criterio realmente científico, facilitando el juicio de la acción farmacodinámica y acrecentando la bondad terapéutica de éstas prescripciones. Ellos no ignoran que mezclar numerosos agentes medicinales es volver nuevamente a lo polifarmacia y a las triacas de la antigüedad, y que hacer variar los componentes medicamentosos sin razón y sin método, es quedar impedido para observar la acción de los fármacos.

USO Y ABUSO DE LOS MEDICAMENTOS DE PATENTE.

Un número considerable de médicos ha caído, en la elaboración de sus recetas, en ostensible abuso de las especialidades farmacéuticas, dejando al margen todas las ventajas que reportan la fórmula magistral.

Estos profesionales se concretan a prescribir marcas y nombres y no medicamentos. Esta labor es grata a los fabricantes que capitalizan esta superficial predilección; pero sus resultantes son atentatorias para la colectividad, que no sólo sufre el menoscabo económico que toda enfermedad entraña, sino también el monto de gastos, muchas veces prohibitivos e imprevisibles.

Esta costumbre se extiende lamentablemente; los médicos antiguos, sacerdotes de la medicina, ungidos quizá por los imperativos económicos de la época en que vivimos, se ponen al margen de los preceptos deontológicos, y se resuelven a participar, cada vez más activamente, en organizaciones comerciales para reventa o elaboración de especialidades medicamentosas.

En esta situación se ven compelidos a prescribir con mar-

cada preferencia los productos de laboratorios con los que tienen nexos científicos y comerciales.

La lista, cada día más larga, casi inconmensurable, de medicinas de patente que existen en el mercado, es la demostración palpable de esta aridez económica, que hace posible una polifarmacia irracional, que sólo acumula medicamentos y quita al médico la posibilidad de analizar con criterios científicos el resultado de la acción de los fármacos. En esta polifarmacia se olvidan las razones que justifican las asociaciones medicamentosas, las sinergias, y no se toman en consideración los antagonismos y las incompatibilidades. Las dosis de cada uno de los ingredientes de esas modernas triacas, para la individualización terapéutica, resultan absurdas. No puede modificarse de acuerdo con el período evolutivo del padecimiento ni con las reacciones que han determinado; su composición es inmodificable, y tiene que seguirse utilizando en todo el conjunto de sus componentes, en las mismas proporciones originales, aun cuando, por las circunstancias clínicas, sea evidente la necesidad de disminuir un componente o aumentar la dosis de otro.

Es cierto que existen medicinas de patente que son absolutamente insustituibles, que otorgan ventajas inmediatas con su uso, pero que no pueden prepararse en las farmacias por su alto grado de elaboración; este grupo es perfectamente reconocido, indiscutible e inalienable. Pero fuera de él será siempre el espíritu de novedad o la moda en terapéutica los que empujan a los médicos al uso y al abuso de las especialidades comerciales. Es, pues, forzoso e indispensable mantener viva una labor de convencimiento entre médicos y pacientes para poner un dique al abuso de esas prescripciones y conseguir, sobre todo, que los médicos recuerden que deben ejercer sus conocimientos en el arte de prescribir o de formular, conocimientos sólo a ellos concedidos, pero a los que parecen haber renunciado, para mengua de su profesión.

RESTRICCIONES PARA EL USO DE ESPECIALIDADES COMERCIALES EN INSTITUCIONES DEL SEGURO SOCIAL EN ALGUNOS PAÍSES.

En Alemania, hasta antes de la última guerra, existían directivas rígidas en vigor en el Seguro de Enfermedad Obligatorio; el costo nominal del recetario de las Cajas del Seguro se encontraba sujeto a tablas económicas y obligadas a observancia por parte de los médicos; los que excedían de dichas tablas sin la debida justificación, eran obligados a reembolsar a las Cajas la cuantía de la diferencia correspondiente.

En Inglaterra, los medicamentos de patente se han considerado como «protegidos», y no hay autorización para prescribirlos, salvo que el médico tenga el firme convencimiento de que no pueden ser sustituidos por fórmulas magistrales.

Algo similar acontece en Escocia, donde el Departamento de Higiene Pública edita periódicamente directivas sobre las medicaciones económicas, y se insiste reiteradamente con los médicos de las instituciones de Seguridad Social en que los medicamentos nunca deben ser empleados cuando pueden aplicarse tratamientos higiénicos, dietéticos o fisioterápicos; y que aun cuando la eficacia terapéutica no debe ser sacrificada con consideración a los gastos que origina, sí deben hacerse economías, por lo que el médico, al prescribir, siempre debe apreciar el costo de los medicamentos.

En Francia, los facultativos que atienden dependencias del Seguro Social, gozan de libertad para hacer prescripciones; pero se les hace reiterada sugestión para procurar en las mismas la más estricta economía, compatible con la eficacia de los tratamientos, recordándoles que la mayor parte de los asegurados pertenecen a una clientela no habituada con anterioridad a médicos y farmacéuticos que pueden reputarse de lujo, y que evitar la terapéutica dispendiosa, aparte de simplificar la conducta médica, beneficiaba la supervivencia económica del mismo Seguro.

El Comité de la Oficina Internacional del Trabajo, en Ginebra, enfatiza también esta finalidad: el Seguro de Enfermedad no puede ofrecer si no aquellas prestaciones que sean absolutamente indispensables y adecuadas a las necesidades de cada caso, procurando siempre el máximo de eficacia con el mínimo de costo.

La experiencia, tanto en América como en Europa (en especial Chile, Perú, etc.), demuestra diáfananamente que los criterios de eficacia y de economía pueden y deben conciliarse. No es necesario obstaculizar al médico en la libertad de tratamiento y de prescripción, ni aceptar las muy legítimas preocupaciones de los pacientes, para realizar ciertas economías que son compatibles con una conducta profesional bondadosa y eficiente.

CATÁLOGO DE MATERIAL SANITARIO.

Por todas las consideraciones antes expresadas, se justifica que las instituciones de Seguro Social, como en las similares en las que se realiza labor asistencial y de medicina preventiva, funcione en forma permanente una «Comisión Técnica de Material Sanitario y Medicamentoso», cuyo cometido es el estudio de las características calidad, cantidad, etc., de medicamentos; material de curación y de sutura, instrumentos, aparatos y equipos, muebles y útiles, etc., requeridos para los distintos servicios médicos y sus funciones específicas.

Este «Catálogo de material sanitario y medicamentos», que abarca el control de todas las adquisiciones señaladas, es muy ventajoso; para su organización se toman en cuenta antecedentes de razón económica y de uniformidad en los renglones adquiridos. Esto hace posible la unificación de técnicas, la *standardización* de muchas actividades, la uniformación de los arsenales, factores que incrementan el postulado del aho-

rro racional y facilitan, no solamente la realización de las actividades netamente técnicas, sino que también simplifican los importantes trabajos de estadística e información.

El Catálogo de material sanitario y medicamentoso comprende:

- I. Drogas y productos químicos y biológicos.
- II. Material para curación.
- III. Equipos quirúrgicos (comprendiendo equipo mínimo para cirugía general y el necesario para las diferentes especialidades).
- IV. Equipos para laboratorios.
- V. Equipos dentales.
- VI. Equipos de Rayos X.
- VII. Equipos para ortopedia no operatoria.
- VIII. Equipos para terapia ocupacional, para readaptación física y rehabilitación profesional.
- IX. Muebles y útiles para unidades de hospitalización.
- X. Muebles y útiles para establecimientos de consulta externa.
- XI. Libros de consulta para médicos y farmacéuticos (biblioteca mínima).

Los renglones que lo ameritan tienen, a continuación de las listas correspondientes, la información gráfica que permita la fácil identificación del instrumental, muebles, equipos, etcétera.

En Méjico, en el Instituto del Seguro Social, existe una Comisión Permanente del Cuadro Básico de Medicamentos, que actualmente sólo juzga los conceptos de medicamentos, especialidades farmacéuticas, drogas enervantes que caen bajo la sanción legal, material de curación, anestésicos, material de contraste para estudios radiológicos; pero pronto llenará la plenitud de su labor en una «Comisión Técnica Permanente de Material Sanitario y Medicamentos», y juzgará también,

con la finalidad señalada, la selección de instrumental y equipos, sales y reactivos para laboratorios clínicos y el importante menaje de la terapia física, con sus interesantes grupos de terapia ocupacional, readaptación y recuperación, etc.

Ya es una realidad, en el propio Instituto Mexicano del Seguro Social, una serie de catálogos ilustrados, en los que constan las especificaciones a que deben sujetarse los equipos para consulta general, para la consulta y atención en los servicios de las especialidades, para los servicios dentales, para la central de inyectables, etc.; y sólo falta reunir todas esas actividades en un organismo técnico que coordine y unifique todo lo relacionado con tan importante aspecto.

CAPACITACION DEL PERSONAL ⁽¹⁾

por el *Dr. Manuel de Viado,*
Secretario General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

En el mundo moderno de hoy, la especialización técnica del trabajo requiere cada vez más contar con el número suficiente de personas capacitadas física, moral e intelectualmente para el ejercicio de la técnica particular que deben emplear en sus actividades. En el curso del enunciado de los puntos anteriores hemos visto ya cómo la Seguridad Social tiene también necesidad de contar con un personal, tanto técnico como administrativo, debidamente preparado para las diversas técnicas que forman parte del complejo mecanismo que es una institución de Seguro Social, donde colaboran profesiones y ocupaciones tan diversas como son los abogados, actuarios, administradores, arquitectos, contadores, carpinteros, choferes, dentistas, dibujantes, enfermeras, estadísticos, fogoneros, ingenieros, médicos, mecánicos, operadores de diversas categorías, periodistas, practicantes, radioperadores, visitantes sociales, etc.

La capacitación de este personal es un proceso variado que se inicia en las instituciones de educación de cada país, ya que se comprende con facilidad que no podrá ejercerse la Medicina en una institución de Seguridad Social o trabajar en ella en funciones contables especializadas sin tener el título co-

(1) Tomado del Informe presentado a la IV Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

rrespondiente. En este sentido se establece una primera relación de problemas entre la Universidad y las instituciones de Seguridad Social, que consiste en la enseñanza en las Universidades de diversas disciplinas aplicadas al trabajo futuro especializado en las instituciones de Seguridad Social, tales como, por ejemplo, el actuariado social, el derecho laboral de tipo previsional, el Servicio social o la Medicina social. Esta primera vinculación de la Universidad a la Seguridad Social existe ya en América, porque en las cátedras de Derecho del Trabajo de, por ejemplo, Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, etc., forman parte del curso, en mayor o menor extensión, clases y seminarios acerca de la Seguridad o Previsión Social, y las tesis de licenciados, o los tratados de los profesores de Derecho, constituyen uno de los más valiosos materiales de capacitación del personal en estas materias. En el mismo sentido, los cursos de Medicina social o de salubridad de, por ejemplo, la Facultad de Biología y Ciencias Médicas, de Chile, o del Instituto de Medicina Social, del Perú, y los cursos de actuariado social del Brasil en las Facultades de Ciencias Económicas, o muchos cursos de las Universidades de Estados Unidos, pueden servir de ejemplo de otra manera de capacitación del personal que podrá desempeñar funciones técnicas en la Seguridad Social con posterioridad. Pero, aun en esa línea de orientación, puede hacerse un mayor esfuerzo por fomentar esa capacitación mediante cursos de extensión cultural o de posgraduados dados por los propios hombres del Seguro y los profesores universitarios al personal de las instituciones de Seguridad Social, y, a ese respecto, es interesante anotar cómo los últimos reglamentos internos del personal de algunas instituciones de Seguridad Social, del año 1951, establecen como un deber de las instituciones el conceder permisos o licencias con goce de sueldo para hacer dichos estudios de perfeccionamiento en las Universidades o instituciones del país y del Extranjero, ta-

les como, por ejemplo, el Estatuto de los profesionales funcionarios de Chile (Ley 10.223), el Reglamento del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y el Reglamento de los Actuarios del Servicio Actuarial do Ministerio do Trabalho do Brasil.

En materia de perfeccionamiento científico y técnico de tipo universitario, cabe mencionar la ayuda valiosa que representan las becas de estudio en el Extranjero, que ofrecen al personal de las instituciones de Seguridad Social las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo, la UNESCO, la Organización Mundial de la Salud, los organismos del Gobierno de los Estados Unidos, que tienen a su cargo el desarrollo del punto IV del «Plan Truman», y fundaciones de ayuda tan conocidas como la Fundación Rockefeller, la Fundación Gugenheim y muchas otras más, que muestran la generosidad de la colaboración norteamericana para la obtención de un personal capacitado en las técnicas modernas.

Para colaborar a esa obra de capacitación universitaria, las instituciones de Seguridad Social pueden usar varios métodos, desde el establecimiento de premios a las mejores tesis o memorias de prueba o de licenciatura, o bien tratados o libros que versen sobre asuntos sociales, y el tomar a sueldo a los estudiantes de los últimos años de una disciplina para que se inicien en el trabajo correspondiente a su actividad en la propia institución del Seguro hasta la creación de sus propias escuelas técnicas o la subvención a escuelas determinadas. Esos diversos medios se ejercen en América, y pueden citarse como ejemplos, entre otros muchos, de premios a las tesis o libros, la Caja de Seguro Obligatorio de Chile, y de empleo de estudiantes, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y el Instituto Mexicano del Seguro Social. El último método de capacitación, la subvención de escuelas o su creación, se ha dirigido más bien a las disciplinas que dicen rela-

ción con las profesiones conexas con la Medicina y la investigación social, tales como escuelas de enfermeras, dietistas, practicantes, visitadoras sociales, etc. Ejemplos de lo que puede obtenerse en este sentido son: en los Estados Unidos, las Universidades y Escuelas de Trabajadores Sociales, y en América Latina, las escuelas que sostiene el Hospital Obrero de Lima, de la Caja Nacional de Seguro Social; la escuela de enfermeras del Instituto Mexicano del Seguro Social, y la Escuela de Servicio Social del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Especial mención, como ejemplo de la importancia que se concede a la capacitación del personal, tiene la nueva Ley del Perú acerca del Fondo Nacional de Salud y Bienestar (Ley núm. 11.672), del 31 de diciembre de 1951, que en su último acápite respecto a los objetivos, señala que uno de ellos es el «contribuir a la formación y perfeccionamiento de profesionales especializados y propiciar estudios relacionados con la salud y bienestar social» (2). Por otra parte, los Seminarios de Asuntos Sociales, de la Organización de Estados Americanos, en Quito, San Salvador y Porto Alegre, o los Seminarios de Seguridad Social, de la Oficina Internacional del Trabajo, en San José de Costa Rica y Lima, pueden ser considerados también como una forma de capacitación del personal, aunque, posiblemente, tengan más importancia como medios de investigación y análisis que como medios educacionales.

De esta rápida mirada al panorama de la capacitación del personal al nivel universitario, puede concluirse que las instituciones de Seguridad Social y las Universidades de América tienen relaciones y, por lo tanto, problemas de financiamiento, aprovechamiento de las becas, coordinación de los recursos disponibles, planteamiento y análisis de programas de enseñanza aplicados a las realidades de la vida nacional, etc.,

(2) Ver Conferencia Interamericana de Seguridad Social, IV Reunión, 1952. Informe I-3. Suplemento del «Manual de Instituciones de Seguros Sociales».

directas en materia de capacitación del personal, que deben ser consideradas en todo examen de prioridades y jerarquías de los problemas de la Seguridad Social.

Si bien se realizan esfuerzos en ese sentido, las necesidades de personal calificado son tales, que esos esfuerzos deben ser intensificados en ritmos más rápidos que los actuales si se desea contar con el personal que el rápido desarrollo de la población, la economía y la Seguridad Social requieren.

Pero el nivel de capacitación profesional y universitaria no es el único nivel de capacitación requerido ni posible, porque si bien los cuadros superiores y técnicos pueden ser así capacitados, no lo pueden ser en la misma forma los cuadros administrativos, sin contar que la técnica de la administración, si bien puede ser enseñada teóricamente en general, como dicen los expertos de las Naciones Unidas, «es por la práctica que se adquiere, ya que es administrado como se llega a ser administrador» (3). De ahí la importancia que tiene la capacitación constante del personal administrativo y los problemas que esa capacitación presenta, desde los inherentes a la selección del personal antes de su ingreso al servicio, pasando por los de su capacitación interna, hasta los que se derivan de las condiciones de remuneración y seguridad en el empleo que le ofrece la institución. En materia de concursos de admisión, y el cumplimiento de pruebas previas y la existencia de una escuela preparatoria del personal, los países de América están todavía lejos de las interesantes experiencias europeas, como, por ejemplo, de la Escuela Nacional de Seguridad Social que mantienen en Francia la Unión de Cajas de Asignaciones Familiares y la

(3) *Nations Unies. Mesures à prendre pour le développement économique des pays insuffisamment développés.* Mayo 1951, pág. 32.

Federación Nacional de Organismos de Seguridad Social (4), que no sólo proporciona cuadros a dichas organizaciones, sino que realiza periódicamente cursos de perfeccionamiento. Si bien existen en Chile diversos Estatutos que regulan las condiciones de admisión, y si en varios Institutos del Brasil, tales como el de Industriarios, existen resoluciones que fijan el examen de varias pruebas, el sistema de admisión por exámenes u oposiciones no es general en América. Más desarrollo han tenido los cursos básicos de capacitación efectuados por las grandes instituciones de Seguro Social, generalmente en el local central, para los funcionarios ya ingresados que deben ir a sucursales o provincias. Diversos métodos han sido empleados, desde las conferencias y grupos de discusión a la enseñanza práctica que un funcionario más antiguo proporciona al funcionario recién llegado, o bien las jiras a diversas localidades o servicios, para ver en el terreno las diversas actividades. Pueden citarse las instituciones de Seguro Social de Canadá, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Méjico, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, entre las que, en un momento u otro, han dado algunos cursos de esta naturaleza, aunque en forma no continuada, con la excepción de Estados Unidos y Canadá, y para la administración hospitalaria, Chile. Especial mención merecen los Estados Unidos, que en 1948 iniciaron un muy interesante ensayo de formación profesional posempleo, y de relaciones entre el American Council of Education y la Social Security Administration (5), teniendo la última valiosos cursos de preparación de su personal, entre cuyas materias de psicología aplicada (*human relations in administration*) ocu-

(4) Ver sobre estas materias: Oficina Internacional del Trabajo. Comité de Expertos en Seguridad Social. I Reunión. Nueva Zelanda, 1950, segundo punto del Orden del día. *Mesures prises en vue de la formation du personnel administrant les régimes de Sécurité sociale.*

(5) Ver American Council of Education. *For a career service in social security y People and Process in Social Security*, 1948.

pa un importante lugar, estando también en vigencia un programa de enseñanza práctica controlada en el terreno para funcionarios de instituciones de Seguridad Social de América Latina, de la cual han aprovechado diversos funcionarios de varios países, y que, por los resultados obtenidos, debería ser intensificada. Pero la más importante labor de capacitación del personal en el trabajo la realiza, posiblemente, el Canadá, con los manuales de estudio para su personal que tiene en circulación la Comisión del Seguro de Desempleo, como labor permanente de capacitación de su personal en el desarrollo de sus cursos de «relaciones y capacitación» (*human engineering*), obligatorios para todo el personal (6).

Este material, así como la metodología de la enseñanza de los cursos de Canadá y Estados Unidos, adaptados a las situaciones latinoamericanas, pueden ser de positivo valor, como lo sería también el que, a nivel internacional, en los cursos de verano de algunas Universidades pudiera realizarse un curso sobre prácticas administrativas de la Seguridad Social americana. Pero más importante aún puede ser el pleno uso del programa de becas de los Estados Unidos y de las organizaciones internacionales para enseñanzas prácticas de técnicas administrativas en los principales Institutos y Cajas de América Latina, para contrastar experiencias con los problemas derivados de la necesaria selección de un personal que después pudiera utilizar sus conocimientos en las propias instituciones, de la confección de un programa justamente compartido entre la necesaria explicación teórica, el trabajo en el terreno y la crítica y autocrítica de los procedimientos nacionales a la luz de los procedimientos extranjeros y de la obtención de los recursos para realizar tal obra. Toda una labor futura, que tiene su base en la Resolución «D» de la

• (6) Ver Unemployment Insurance Commission. Staff Training Studies.

III Reunión de Buenos Aires (7), está así pendiente de las decisiones de este aspecto de los problemas de la capacitación administrativa del personal que puedan desear tomar los señores Delegados acerca del inventario de los recursos de capacitación de que se dispone; de la traducción o confección de manuales de capacitación; del intercambio de personal administrativo en forma controlada; de la conveniencia de organizar un curso de capacitación de los otros funcionarios del Seguro Social de América Latina, para aprender y contrastar experiencias en el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Caja Nacional del Seguro Social del Perú y la Caja de Seguro Obligatorio de Chile.

Pero todo problema de capacitación no está completo sin la capacitación técnica ocupacional de una serie de trabajadores, tales como los caldereros, electricistas, cajistas de imprenta, encuadernadores, telefonistas, porteros, etc., y a quienes también debe capacitarse continuamente para sus labores. Y en este sentido cabe a las instituciones de Seguro Social participación en un programa de educación artesanal u ocupacional de una serie de trabajos calificados, como los mencionados.

Diversos puntos conexos con la capacitación del personal merecerían un análisis que supera los límites del enunciado, tales como la necesidad de que los administradores y dirigentes de la Seguridad Social puedan en todo momento tener un conocimiento general de la situación que ocupa la institución en el desarrollo económico, demográfico y educacional del país, y las influencias que cambios en esos sectores del pensamiento pueden tener sobre las actividades de la institución, la necesidad de aplicar los procedimientos de la capacitación en masa, de tipo intensivo, para preparar en corto tiempo, no

(7) Ver Actas de la III Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Tomo IV, pág. 27.

especialistas de la más alta competencia tecnológica, sino simplemente buen personal medio técnicamente bien preparado; la necesidad de aplicar los métodos de mecanización, eficacia y economía en el uso del personal capacitado, y de sustituir personal bien capacitado de menor valía económica a personal bien capacitado de mayor valía, para ahorrar mano de obra más capacitada para otra labor más difícil, como, por ejemplo, una buena auxiliar de radiología bien capacitada puede reemplazar ventajosamente a un médico en la toma de radiografías de rutina; una buena auxiliar de biblioteca puede reemplazar en la clasificación a un bibliotecario-jefe; una buena secretaria, bien capacitada, puede evitar mucho trabajo inútil a un jefe de sección o departamento, etc., problemas todos que nos llevan al análisis de los procesos generales de la ciencia de la administración.

En la formación profesional u ocupacional del personal debe darse fundamental importancia al estudio de remuneraciones apropiadas y de un sistema de escalafón funcionario, horarios de trabajo, incompatibilidad de labores, vacaciones, calificación del personal, licencias y permisos, etc., que aseguren al personal una carrera institucional al margen de influencias ajenas a su propia capacitación profesional, antigüedad en el servicio y espíritu para servir al pueblo a través del desempeño correcto y eficiente de sus labores. Los servicios de bienestar del personal, la agremiación voluntaria u obligatoria, los actos culturales y deportivos de la institución son poderosos medios de acción complementarios de la capacitación del personal. En América Latina, los Estatutos del personal administrativo semifiscal, y del personal médico, odontológico y farmacéutico de Chile, y la acción del Departamento de Publicidad y Acción Social, de Méjico, son buenos modelos de lo que puede realizarse en estas materias. No seguiremos en esta línea de orientación, que presenta problemas de relaciones humanas muy importantes entre adminis-

tradores y administrados, entre las instituciones de Seguridad Social y los Poderes públicos, entre las instituciones de Seguridad Social y las Asociaciones profesionales, entre los empleados del Seguro y el público, etc., porque por sí solo podría ser objeto de extensos debates, pero su jerarquía, en el enunciado de los problemas de la Seguridad Social, es innegable.

ALGUNOS PROBLEMAS MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN CHILE ⁽¹⁾

*por los Dres. Julio Bustos, Alfredo
Biondi y Fernando Durán*

Los acontecimientos internacionales de los últimos años nos han colocado frente a un período de grandes cambios y transformaciones en el plano económico y en la solución de los problemas sociales.

La Carta de San Francisco, aprobada en 1945, dió nacimiento al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, encargado de promover la solución de los problemas económicos, sociales, de la salud y otros.

Por iniciativa de dicho Consejo, se convocó a la Conferencia Internacional, que se celebró en Nueva York en 1946, que redactó y aprobó una Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Tanto la Conferencia de Filadelfia, celebrada en 1944, para ocuparse de los Seguros Sociales, como la de Nueva York, de 1946, simbolizan en su esencia el principio universal de que la salud es el más precioso bien del hombre y de la nación, y que la organización de la Seguridad Social, esencialmente unida a la protección de la salud, constituyen una

(1) Trabajo que forma parte de la Ponencia «Problemas médicos y farmacéuticos de la Seguridad Social», presentada a la IV Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

entidad unitaria para conseguir el pleno goce y desarrollo de la vida, toda vez que la salud no puede prosperar ni mantenerse sin condiciones sociales adecuadas.

El goce de la salud en su más alto grado posible permite el mejor y más eficaz empleo de las actividades humanas; es uno de los derechos fundamentales del hombre y el instrumento indispensable para conquistar y conservar las demás libertades, que son la base de la prosperidad y de la seguridad de los pueblos.

El planteamiento del objetivo de organizar eficazmente un servicio de protección de la salud implica la solución de un problema de biología aplicada.

El grado de eficiencia de la organización de los servicios técnicos ha evolucionado en concordancia con la elaboración de los conocimientos científicos, cuyas diversas etapas podrían resumirse en: a) acontecimientos prácticos determinados por las necesidades; b) observación desordenada de los hechos; c) sistematización de las observaciones, y d) fase científica de la certeza y formulación de los principios.

El progreso científico y la complejidad de los acontecimientos económicos y sociales han planteado en los últimos años la necesidad de dar soluciones a los problemas técnicos en el plano estricto de una metódica sistematización planificada.

La elaboración de un plan supone una actuación económica y técnica razonada, que debe realizarse con un fin determinado. Sólo en los años recientes ha sido posible obtener y coordinar científicamente los diversos elementos de trabajo que permitan realizar una política económica, social y sanitaria, de modo que forme un todo armónico que pueda funcionar conjuntamente en el lugar adecuado y en el momento preciso, con fines convergentes a un designio preestablecido.

El problema de la salud es parte principal e integrante en la solución de los problemas sociales con hondas repercusio

nes económicas. Todos ellos están íntimamente unidos entre sí, en sus causas y sus defectos. Es en este nuevo plano en donde hay que encarar la protección de la salud para que cumpla con los requisitos de eficacia y economía. La solución exige la aplicación de una organización que permita satisfacer las necesidades sanitarias en el triple aspecto de la prevención, de la recuperación de la salud y de la indemnización del daño económico sufrido.

La organización de un Servicio Médico se concibe hoy como un instrumento que debe actuar frente a una de las más esenciales necesidades de la Humanidad; en el conjunto ya señalado debe proteger la salud cuando está amenazada, recuperar el enfermo e indemnizar el daño económico sufrido. En la vida del trabajo hay dos hechos sobresalientes: la pérdida de la salud, que se traduce en incapacidad para trabajar, y aun en la muerte del individuo, y la pérdida del salario o renta, que es el único medio de subsistencia del hombre en trabajo. De aquí la necesidad de adoptar un sistema de Previsión Social que comprenda estos dos aspectos esenciales. Si bien es cierto que primitivamente los Servicios consideraban los efectos del riesgo de enfermedad y trataban de indemnizar el daño pecuniario ocasionado por la integridad corporal del individuo, y de hacer un tratamiento curativo de un estado morbozo ya avanzado, hoy día los Servicios se preocupan de investigar las causas que menguan la integridad física del individuo, tomando como punto de partida el núcleo familiar. Es así como su acción investiga en forma diligente el origen de las enfermedades, para obrar sobre las causas que las producen y reducir al mínimo la morbilidad, y con ella las cargas pasivas que ocasionan los enfermos, los inválidos, etcétera.

Para que un sistema que persigue estos fines sea eficaz, no puede confiarse a la iniciativa individual del interesado, sino que debe estar dotado de los medios jurídicos y económicos

que permitan ejercer una intervención activa de vigilancia sanitaria, que se anticipe o sustituya a la iniciativa individual y trate de conocer el estado de salud o los estados morbosos inaparentes, aun para propias víctimas que están afectadas de ellos.

La intervención médica activa y dirigida representa una política de constante iniciativa para investigar la génesis y desarrollo, tanto de la enfermedad como de la invalidez que determina la senectud y la muerte prematuras. Dicha intervención ejerce también su control sobre el núcleo familiar, principalmente respecto de la maternidad y de la infancia. El Seguro Social, además de su acción colectiva, mediante la universalidad de su campo de aplicación, tiene los medios de individualizar al enfermo y conjugar la atención médica con la necesaria indemnización económica, condición esta última que permite al enfermo aceptar y cumplir, sin preocupación por el sustento de su familia, las prescripciones médicas indispensables para su recuperación. Tiene también los medios de realizar una acción epidemiológica, puesto que puede ejecutar una investigación sistemática a través del examen de salud en el medio familiar de una manera perfectamente individualizada y extenderla al ambiente social.

El principio de economía queda así satisfecho al máximo por su eficacia y rendimiento en la recuperación del paciente, lo que de por sí rebaja el costo del tratamiento, aparte que la intervención oportuna suprime el contagio y evita su propagación en los casos de las enfermedades infectocontagiosas, ya que actúa sobre el núcleo familiar total. La relación entre el régimen financiero y la frecuencia de las enfermedades produce un control permanente de la eficiencia de las prestaciones y una información sobre el estado de la salud de la población afiliada. Un servicio así organizado es el que mejor permite disponer de prestaciones médicas, con el *standard* más alto posible, y que la atención médica sea constante y

disponible en cualquier momento, sin más restricciones que las que se deben a la organización teórica. Solamente de esta manera es posible prevenir una enfermedad grave e impedir que otra incipiente tome mayor desarrollo y comprometa la vida del paciente.

El cambio de rumbos que ha experimentado la Medicina, en Chile, con la aplicación de las Leyes de Seguridad Social, ha sido de gran importancia para el mejoramiento de las condiciones de la salubridad nacional. La Medicina, antes de la época de los Seguros sociales, era puramente científica e individualista; su aplicación se limitaba a la atención del enfermo en la consulta particular o en la sala de hospital, y su preocupación primordial era la de determinar, por los diferentes métodos clínicos, el diagnóstico preciso de la enfermedad para poder aplicarle un tratamiento lo más adecuado posible. Miraba fundamentalmente al enfermo como individuo aislado al que convenía sanar cuanto antes con las medidas terapéuticas conocidas. Hacía, por consiguiente, completa abstracción de la verdadera función social que debía desempeñar.

Con la implantación de la Seguridad Social, la Medicina ha comenzado a emprender el rango que le correspondía y la alta misión que tenía que desempeñar, al considerar al enfermo en relación con el ambiente en que desarrolla su vida y al precisar las circunstancias que han condicionado su enfermedad, y proveer, en esta forma, las medidas profilácticas que impidan su difusión y eviten mayores estragos en su medio.

Pero en su afán de llegar al máximo de perfección y de prestar su mayor aporte a la sociedad, la Medicina actual, dentro de los dictados de la Seguridad Social moderna, lleva su preocupación hasta el extremo de investigar la enfermedad aun antes de que se haya manifestado en forma evidente, cuando el mal se encuentra en la fase inicial de su evolución

y todavía no se ha hecho aparente desde el punto de vista clínico. Es precisamente en esta etapa cuando el tratamiento puede ser más eficaz en sus resultados, por la curación total de gran porcentaje de casos, por la economía que significa recuperar más rápidamente el enfermo y porque evita, al mismo tiempo, con el tratamiento precoz, numerosas incapacidades de carácter físico. Pero, junto con devolver al individuo a las actividades del trabajo, realiza una obra de gran contenido epidemiológico, mediante la pesquisa en sus etapas de comienzo de los procesos de orden infeccioso, para aislarlos oportunamente e impedir su difusión posterior.

RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO.

Planteadas la función del médico dentro de los límites anunciados más arriba, se comprende que su responsabilidad es enorme, ya que su acción no se limita solamente al problema individual del enfermo y su tratamiento, sino que se proyecta hacia la sociedad misma. Por una parte, debe resolver los problemas que le crea el paciente para obtener su recuperación y entregarle a la colectividad como un individuo apto para el trabajo, y, por la otra, debe contemplar el aspecto epidemiológico y la consiguiente prevención del contagio.

Frente a un tuberculoso abierto, con baciloscopia positiva, deberá proceder de inmediato a su aislamiento y la investigación y tratamiento de los posibles contagios provocados en los familiares que hacen vida con él. Para poder cumplir en buena forma con este cometido es indispensable que el médico sea secundado por un Servicio social eficaz y competente en la labor de pesquisar la morbilidad oculta, y aun es de mayor necesidad que disponga de todos los recursos en cuanto a personal especializado y medios materiales: camas suficientes de aislamiento, elementos adecuados de transporte y elementos terapéuticos de orden médico y quirúrgico modernos y eficientes.

MORBILIDAD.

Si se hace un análisis panorámico de la morbilidad en nuestro medio, nos encontramos que los rubros que gravitan con mayor intensidad, y que producen mayores estragos sobre nuestra población, son las afecciones cardiovasculares, la tuberculosis, la mortalidad infantil y los tumores malignos.

Para luchar con mayor eficacia contra ellas se dictó la Ley de Medicina Preventiva, que, en su esencia, comprende tres puntos principales:

- 1.º Examen de salud periódico de la masa asegurada;
- 2.º Reposo preventivo, y
- 3.º Subsidio de reposo para los enfermos que son recuperables para el trabajo.

Representa esta Ley un avance considerable en nuestra legislación social, ya que su finalidad es hacer una investigación activa en la población sana, en busca de enfermos todavía no declarados, que se encuentran en sus etapas preclínicas, antes que hayan dado manifestaciones francas de enfermedad para tratarlos oportuna y precozmente, y evitar por este medio la aparición de enfermedades crónicas de carácter irreversible, que lo pueden conducir en corto plazo a la invalidez y a la muerte.

Además de esta búsqueda activa de la morbilidad, la legislación contempla las disposiciones necesarias para una buena atención médica (Ley 4.054) para los enfermos que acuden a la consulta por propia iniciativa, y, por consiguiente, que padecen de una afección ya declarada, con todas las molestias que le son propias, y que le han obligado a concurrir a consultar al médico.

Los problemas que ofrece la protección de la salud son, por consiguiente, muy variados, numerosos y complejos, ya

que deben ser enfocados desde los dos puntos de vista analizados anteriormente.

El primer problema que plantea el reconocimiento de la morbilidad oculta se ha resuelto satisfactoriamente mediante el examen de salud obligatorio, sistemático y periódico de la población sana; la Ley 6.174 obliga a practicarse a cada asegurado, por lo menos, un examen anual. Si bien es cierto que la práctica de más de doce años de aplicación ha demostrado que clínicamente es eficiente, ya que el número de enfermos que escapan a esta exploración es mínimo, nos encontramos que, con los medios actuales de que dispone el servicio, se hace imposible poder realizar un examen anual a toda la población de asegurados. Las estadísticas nos demuestran que, en la actualidad, los servicios médicos pueden examinar sólo poco más de la décima parte de sus imponentes, alrededor de 120.000 exámenes, en un total de un millón de cotizantes.

El examen de salud que se practica consta esquemáticamente de las siguientes partes:

- 1.ª Exploración radiológica del tórax (Abreu);
- 2.ª Medida de la presión arterial, y
- 3.ª Reacción serológica para investigar la lúes.

Si el imponente lo solicita, se practica, además de un examen clínico general, de la especialidad que indique.

El fin que se persigue con este tipo de examen es el de investigar particularmente tres grupos de afecciones: la tuberculosis, las enfermedades cardiovasculares y la lúes, que representan los grupos de más alta morbilidad y mortalidad en el país.

Una vez reconocido un enfermo a través de este estudio, es enviado a alguna de las tres especialidades a que hemos hecho mención, donde se le practica una exploración completa y se le somete a tratamiento, si el estado del enfermo

lo requiere, o bien simplemente se le controla en forma periódica para evitar el avance de la enfermedad.

Frente a un paciente, lo primero que el médico tiene que resolver es lo referente al diagnóstico, que debe ser lo más completo posible. Se considerará completo cuando el diagnóstico cumpla, por lo menos, con cuatro requisitos que son fundamentales:

- 1.º Diagnóstico etiológico;
- 2.º Diagnóstico anatómico;
- 3.º Diagnóstico fisiológico, y
- 4.º Determinación de la capacidad de trabajo.

La precisión del diagnóstico etiológico tiene gran importancia, ya que permite orientar el tratamiento sobre bases científicas, el que, en esta forma, irá destinado a eliminar, si es posible, la causa que provoca la enfermedad y, al mismo tiempo, realizar una verdadera profilaxis.

En segundo lugar, es necesario fijar con exactitud el diagnóstico anatómico, que nos mostrará la naturaleza lesional de la enfermedad, su ubicación topográfica y su extensión.

En tercer término, se debe determinar el diagnóstico funcional, que nos proporcionará datos en relación con las alteraciones de orden fisiológico que ha provocado el agente causal sobre el organismo.

Por último, deberá tratarse de precisar con la mayor exactitud el grado de incapacidad que el enfermo ofrece frente al trabajo, para poder proporcionarle los días de licencia y de subsidio que requiere. Una vez hecho el diagnóstico lo más exacto posible, reuniendo todas las condiciones anteriores, se procederá a la elección del tratamiento que sea más adecuado y de acuerdo con lo que indique la técnica.

La aplicación de las medidas terapéuticas, que son más eficaces y de mayor rapidez de acción, aun cuando sean de alto costo, como sucede en la actualidad con algunas drogas

y antibióticos, está plenamente de acuerdo con el concepto bien entendido de economía, y a ellas debe recurrir el médico que comprende su verdadera función social, ya que el objeto primordial que cabe tener presente es el de recuperar lo antes posible el enfermo a la colectividad y de prolongar por el mayor tiempo su capacidad de trabajo. Sería contrario al principio de economía que siempre debe presidir el otorgamiento de toda prestación médica el elegir para un tratamiento medidas de escaso valor terapéutico por el solo hecho de su bajo costo, lo que podría reducir en una recuperación insuficiente o difícil y de duración mayor, y que, en definitiva, representaría un mayor desembolso para el Seguro Social. El médico tiene la obligación de preferir el tratamiento que va a reportar mayor beneficio para el enfermo, aun cuando éste sea más oneroso para el Seguro, si con ello se van a obtener resultados más rápidos y mejores. Este criterio, al final, resulta más económico para la institución, debido a que se acortan los plazos de evolución de una enfermedad; se impide la formación de complicaciones, que pueden poner en peligro la vida del paciente; se evitan los mayores gastos que pudieran haberse producido por concepto de hospitalizaciones y por subsidios, y, por último, se reintegra a la sociedad un hombre sano, capaz de trabajar y, por consiguiente, de crear riqueza.

PRESTACIONES FARMACÉUTICAS.

Con el propósito de ser lo más eficaz posible y de cumplir en debida forma con el precepto de economía en la concesión de las prestaciones farmacéuticas, el Seguro Social chileno ejerce un control muy estricto en lo que se refiere al consumo de medicamentos. Para evitar una dispersión, que no beneficia a nadie, y, por consiguiente, un gasto inútil, los médicos limitan sus prescripciones a los medicamentos que son más

necesarios y efectivos, evitan la polifarmacia y han limitado al máximo la indicación de tónicos, a los cuales la masa asegurada es muy afectada, y los solicita de *motu proprio* por cualquier circunstancia.

El mismo control que se tiene con los medicamentos se hace en lo que se refiere a instrumental, aparatos médicos y material de curaciones y de inyecciones.

Con el objeto de reducir al mínimo los costos por el despacho de recetas, el Seguro Social dispone de un Servicio propio de farmacia. Esta medida ha representado para la Caja una considerable ventaja económica, ya que ha permitido *standardizar* numerosas fórmulas farmacéuticas y fabricar sus propias especialidades. El Servicio de farmacia ha contribuído a independizar a la Caja del comercio farmacéutico, que expende sus productos a precios muchas veces prohibitivos. El objetivo principal que se había trazado al disponer de farmacia propia y de proveer todas sus necesidades farmacéuticas pronto se hizo insuficiente, especialmente al considerar el enorme progreso que experimentaba la Medicina en el campo de la terapéutica, y se hizo indispensable la adquisición de un laboratorio industrial que permitiera a la Caja fabricar sus propias especies y productos farmacéuticos, y que tuviera, al mismo tiempo, la capacidad suficiente de proporcionarlos para todo el país. Con este fin fué adquirido el Laboratorio Chile, que, económicamente, ha resultado de enormes beneficios.

SUBSIDIOS DE ENFERMEDAD.

El médico que ejerce su función en el Seguro Social debe tener condiciones y conocimientos especiales que le permitan sortear en buena forma los problemas de orden médico y farmacéutico que se presentan a diario.

Es su deber evitar todo abuso que se quiera cometer en

la otorgación de los beneficios que contempla y aplicar en todos sus actos el principio más estricto de economía; deben estar atentos para evitar prestaciones injustificadas y ser sorprendidos por simuladores profesionales, cuya única finalidad es conseguir el pago de indemnizaciones por enfermedades que no acusan. Muchos otros acuden a los consultorios médicos con el fin de poder justificar con una licencia su ausentismo al trabajo y evitar por este medio quedar cesantes por haber abandonado sus labores.

El médico, al otorgar subsidios en dinero por enfermedad, debe tener el suficiente criterio que le permita formarse un juicio con la máxima conciencia y objetividad del grado de incapacidad temporal que aqueja al enfermo y de los días que necesita estar ausente de su trabajo, para evitar el pago de sumas excesivas, que no tendrían una justificación posible.

Es indudable que la gran mayoría de los procesos patológicos ocasionan sustracción temporal del asegurado a su trabajo, provocándole una incapacidad transitoria y dándole derecho a obtener el beneficio del subsidio por parte de la institución asegurada. El médico consciente de su alta responsabilidad deberá valorar en su estricta medida el grado exacto de incapacidad, y tiene la obligación de velar por el cumplimiento preciso de estas prestaciones en dinero, y en ello debe aplicar, en todo momento, el principio de economía, que forma parte integrante de la ética profesional, y que no le está justificado abandonar en ninguno de sus actos funcionarios.

SUBSIDIOS DE REPOSO PREVENTIVO.

Junto al subsidio por enfermedad, analizaremos otro de los beneficios que otorga el Seguro Social al imponente enfermo, y es el que se refiere al reposo preventivo.

El reposo preventivo es un derecho que contempla la legislación vigente (Ley 6.174), y que consiste en la suspensión

total o parcial de la jornada diaria de trabajo del imponente activo que se encuentra afectado de alguna de las tres afecciones que provocan la más alta morbilidad del país, como son: la tuberculosis, las enfermedades cardiovasculares y la lúes. Durante todo el tiempo que el asegurado se encuentre acogido a este beneficio, la Ley le concede un subsidio que representa la conservación total de su salario o sueldo. Esta prestación es otorgada únicamente para las tres enfermedades enumeradas, y sólo en el caso de ser una afección recuperable para el trabajo; en caso contrario, deberá acogerse a los beneficios de la Ley de Medicina Curativa, cuyos recursos son más limitados, y van decreciendo paulatinamente con el tiempo, o bien deberán acogerse a la jubilación por incapacidad física.

Se comprende que para poder otorgar estas prestaciones, el médico del Seguro Social tiene que tener un espíritu de máxima justicia, que le permita apreciar debidamente los casos que son susceptibles de obtener su recuperación con el reposo de los que son irrecuperables, ya que deben ser acogidos a distintos beneficios.

El otorgar el beneficio del reposo preventivo en forma benévola o inadecuada, necesariamente tendrá que repercutir en forma onerosa sobre los presupuestos del Seguro Social.

CENTROS DE READAPTACIÓN PROFESIONAL.

Muchos de los enfermos atendidos en los centros médicos deberán ser sometidos a medidas de gran interés social, como son los cambios de faena, que permiten desplazar al individuo de un trabajo peligroso para su estado a otro compatible con su déficit funcional.

Esta medida es especialmente útil entre los cardíacos, que, una vez compensados por el reposo preventivo, deben realizar trabajos livianos y no volver a sus labores habituales, que

acarrearían de nuevo, y con mayor intensidad, los síntomas de insuficiencia cardíaca. Para estos casos, la Caja dispone, en Santiago, de un servicio de psicofisiología del trabajo, y en Quebrada Verde, cerca de la ciudad de Valparaíso, de un centro de orientación o de readaptación profesional. En estos centros de orientación o de readaptación se estudia al cardíaco y se comprueba si sus condiciones son compatibles con el trabajo que desempeñan; de lo contrario, se les enseña un nuevo oficio, de carácter liviano y sedentario, más de acuerdo con su estado. Así, el sujeto, en lugar de ser una carga para la sociedad, se puede desempeñar en una labor de utilidad, y se combate la tendencia de estos enfermos hacia una invalidez prematura.

HOSPITALIZACIONES.

Las hospitalizaciones y el aislamiento de los enfermos deberá realizarse, no sólo tomando en cuenta la indicación médica que el caso requiere, es decir, cuando la naturaleza de la afección hace indispensable una terapéutica que no puede ofrecerse a domicilio, sino también considerando el aspecto social del enfermo, condiciones de vida que lo rodean, distancia exagerada de los centros médicos que hagan difícil o imposible un tratamiento continuado, o bien simplemente que la hospitalización resulte más económica por causas que pueden ser muy variadas.

Pero no sólo éstos deben ser los motivos que requieren la atención de un enfermo en un medio hospitalario, sino que también, en forma principal, debe tenerse presente un criterio epidemiológico, que el médico no podrá subestimar por ningún motivo.

Es evidente que toda enfermedad infecciosa debe ser hospitalizada, para evitar riesgos de contagio entre los familiares, especialmente si el paciente convive con niños menores

que ofrecen escasa resistencia a estas enfermedades y si las condiciones económicas y de higiene son inferiores a las compatibles con una vida sana.

Es un hecho bastante conocido que, a pesar de la rigidez de las disposiciones reglamentarias y de los esfuerzos desplegados por la Directiva de los Servicios Médicos para controlar eficazmente las hospitalizaciones de los asegurados, siempre existe un alto porcentaje de hospitalizaciones inútiles que corresponden a enfermos que podrían tratarse en policlínicas en forma ambulatoria. Constituye este hecho un grave problema, ya que contribuye a encarecer notablemente esta prestación médica, y es debido, en buena parte, a que muchas veces los asegurados, especialmente los que trabajan en los medios rurales, se dirigen directamente a los hospitales sin recurrir primero a las policlínicas del Seguro, que probablemente les hubiera negado su ingreso por ser muchas veces portadores de procesos orgánicos que poca o ninguna ventaja pueden conseguir con el tratamiento en centros hospitalarios con el que se les podría haber administrado ambulatoriamente.

Otro problema que adquiere tonos de seriedad es la estadía prolongada, muchas veces innecesaria, de los enfermos en estos establecimientos, lo que es debido a la falta de hospitales propios donde se pueda llevar un control estricto de los días de hospitalización y a la enorme dificultad que se crea al tratar de hacerlo en establecimientos totalmente ajenos al Seguro.

Imposibilita este control la falta de unidad entre el personal médico de la Beneficencia y del Seguro, que habitualmente es distinto.

Esta falta de conexión entre estos Servicios es visible al comprobar corrientemente la repetición de exámenes que se practican primero en los policlínicos del Seguro Obrero y, posteriormente, en los distintos hospitales, lo cual tiene que provocar, por fuerza, un mayor gasto, que puede evitarse

fácilmente con una coordinación inteligente entre estos Servicios.

Junto a estos problemas enunciados, se plantea la falta importante de camas que tenemos en Chile, y que se hace necesario subsanar a la brevedad posible. Manifiesta es la insuficiencia de camas para enfermos tuberculosos, que deben esperar a veces años enteros para que puedan ingresar en un centro hospitalario donde poder tratar en buena forma su enfermedad; mientras tanto, se ven obligados a deambular de policlínico en policlínico, difundiendo el contagio entre sus familiares y semejantes.

La corrección de todos estos defectos señalados se va a conseguir con la creación del Servicio Nacional de Salud, que ha aprobado recientemente el Congreso Nacional, y que centraliza en una sola directiva todos los Servicios médicos del país, lo que va a permitir una eficaz coordinación técnica y administrativa y redundar en mejores beneficios para los asegurados.

MORTALIDAD INFANTIL.

Otro problema médico que afecta gravemente a la población de nuestro país es el que está relacionado con la alta mortalidad infantil. Para combatirla en buena forma, la Caja dispone de un Servicio de Atención para la Madre y el Niño. La repercusión que estos Servicios han tenido sobre el descenso de la mortalidad infantil ha sido francamente halagadora.

Las medidas más importantes que se realizan en esta lucha se refieren, por parte de la madre, á la atención médica y control del embarazo desde su iniciación hasta su término; a la atención especializada, mediante médicos obstetras o matronas, del parto y del puerperio, atención que se realiza en el domicilio o en la maternidad, si el caso lo requiere. Ade-

más de esto, la madre recibe una ayuda económica durante las dos semanas que anteceden y que siguen al parto, y que equivale al 50 por 100 de su salario.

Para formarse una idea de la importancia que ejerce este Servicio en la protección de la salud, nos bastará con dar a conocer que, alrededor de la cuarta parte de las mujeres embarazadas en nuestro país, se encuentra bajo su atención y control.

Pero al mismo tiempo que la Caja ha arbitrado medidas de protección para la madre, lo ha hecho también en resguardo de la salud del niño, prestándole atención médica preventiva y curativa hasta los dos años de edad, y proporcionándole alimentos artificiales si les son necesarios.

Se comprenderá fácilmente que toda esta acción que ejerce la Caja ha tenido una repercusión favorable en el descenso de los índices de mortalidad del país si se considera que la tercera parte de los niños entre cero y dos años de edad se encuentran acogidos a estos Servicios. Como dato ilustrativo de lo que decimos, proporcionaremos algunas cifras estadísticas: en el año 1944, la tasa de mortalidad infantil en el país era de 18,1 muertos por cada 100 nacidos vivos, mientras que estos mismos índices eran, para la Caja de ese mismo año, de 8,5. Desde entonces hasta 1950, esas tasas han disminuído a 15,3 niños muertos por cada 100 nacidos vivos en el país, y a 7,7 en la Caja. Hay que hacer presente que en los coeficientes de mortalidad infantil que corresponden al país se encuentran también comprendidos los niños atendidos por el Seguro Obrero.

Nadie que analice estas cifras estadísticas podrá dudar de la influencia innegable que ha tenido el Seguro Social en el mejoramiento de las condiciones de salud de nuestro pueblo.

**ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD,
QUE ESTABLECE LA REFORMA APROBADA.**

La experiencia de veintisiete años de Seguro de Enfermedad en Chile nos ha permitido concluir que la mejor manera de aprovechar las disponibilidades económicas y técnicas del Seguro Social era una organización médica de tipo nacional que unificara, dentro del sistema de Seguridad Social, los distintos organismos existentes hasta la fecha.

La legislación de Seguridad Social, recientemente dictada por el Congreso Nacional, permite una unidad de acción médica completa, ya que establece la extensión del Seguro Social a los familiares de los asegurados.

Los imponentes reciben un examen sistemático y obligatorio de salud, destinado a descubrir los estados iniciales de las enfermedades crónicas en los individuos aparentemente sanos y atención médico-quirúrgica completa, incluida la hospitalización, el servicio domiciliario y la atención farmacéutica. Los hijos legítimos, ilegítimos y adoptivos tienen derecho también a ese tipo de atención, como asimismo las cónyuges de los asegurados, que incluyen, además, las atenciones propias del embarazo, parto y puerperio.

Frente al compromiso que significa la protección de la salud de las dos terceras partes de la población del país, la organización médica deberá corresponder con una adecuada estructura de las características que la demografía, morbilidad, densidad de la población, viabilidad, etc., señalan como factores fundamentales de consideración.

La mitad de la población chilena vive en pequeños pueblos, con población inferior a 5.000 habitantes, agregada la circunstancia de poseer el país una extensión de 742.000 kilómetros cuadrados. Esto nos determina a planificar la estruc-

tura de los Servicios médicos en tal forma, que el enlace entre los centros mejor dotados y los rurales sea fácil, para cuyo fin es necesario establecer una conexión entre ellos que permita al asegurado una eficaz atención.

La Caja de Seguro Obrero, en una primera etapa para la atención de los sectores rurales, estableció postas de primeros auxilios a cargo de enfermeras residentes, y con visitas médicas periódicas, que recibieron el nombre de Rondas Médicas. Naturalmente que la calidad de este tipo de atención debió ser mínima, ya que no se podía atender a los enfermos con la acuciosidad indispensable ni con los elementos de diagnóstico de rigor. Sin embargo, el papel cultural de esta red de postas, establecidas a lo largo del país, fué evidente. El campesino ya no acude al charlatán o curandera, y no posterga con ello, en consecuencia, su oportuna atención, ni llega a los hospitales en períodos avanzados o incurables de su enfermedad. Está informado de las bondades de un examen de salud, que puede hacerse sin costo alguno para él, y puede observar a su alrededor que compañeros de trabajo afectados por tuberculosis o cardiopatías tienen derecho, no solamente de atención médica permanente, sino que, además, a un subsidio en dinero, igual a su salario, que les permite satisfacer sus necesidades económicas.

La Dirección Superior del Servicio Nacional de Salud, de reciente creación, será dirigido por un Director general médico, asesorado por un Consejo, con representación patronal, obrera y del Colegio Médico.

El país se divide en Unidades regionales, debiendo tener cada provincia, a lo menos, una Unidad. Las Unidades tienen un Consejo regional, compuesto por un Director, un representante del Colegio Médico y representantes de empleados y obreros. Sus atribuciones tienen el carácter de colaboración al Servicio.

Las Unidades médicas regionales pueden administrar, in-

dependientemente, aquella parte de los recursos que el Consejo General les fije.

Se define como Unidad regional aquel sector geográfico que es autosuficiente, esto es, que está capacitado para resolver cualquier tratamiento que necesiten los asegurados de una región determinada. Sus hospitales deben contar con todas las especialidades médicas; solamente hace excepción la especialidad de psiquiatría, la que debe contar con uno o dos establecimientos nacionales para internar enfermos mentales.

Se ha tenido en cuenta en la actual organización una centralización de todo lo normativo a cargo de departamentos especializados, encargados de confeccionar los programas de trabajo que deben desarrollarse en las Unidades regionales, tanto en los aspectos preventivos como curativos.

Los hospitales regionales deberán transformarse en centros de salud, para lo cual deberán disponer de todos los elementos que les permita desarrollar una acción médica de tipo preventivo y curativo en la órbita que tengan bajo su responsabilidad. Los consultorios externos de cada región deberán tener conexión permanente con un hospital determinado, de manera que el enfermo enviado al hospital llegue con un estudio clínico previo que señale el pasado mórbido del asegurado y los tratamientos seguidos hasta ese momento, y, al mismo tiempo, al ser dado de baja, deberá regresar a su consultorio de origen con una epicrisis de su permanencia hospitalaria que permita al médico continuar el control conveniente del enfermo. Todo este enlace es absolutamente indispensable, por cuanto exige, tanto del médico del consultorio como del tratante del hospital, una preocupación permanente por los días de hospitalización de cada enfermo, que siempre deben reducirse al mínimo, a fin de obtener la recuperación de la capacidad de trabajo a la mayor brevedad. El peso económico que para todo Seguro Social representa el rubro «hospitalización», justifica todo esfuerzo de fiscalización de las

directivas. Por ello, tanto el criterio de hospitalización como el dictamen de incapacidad por parte de los médicos tratantes, deberá ser debidamente justipreciado en la calificación anual que el Servicio hace de cada uno de los profesionales.

Para la distribución de las Unidades regionales debe tomarse en cuenta el volumen de la población que corresponde atender, las vías de comunicación y distancia de cada uno de los pueblos a los hospitales regionales. El propósito será obtener un examen completo de cada enfermo, para lo cual el paciente debe ser trasladado al centro de diagnóstico por cuenta del Servicio; para facilitar los medios de movilización, ambulancias de tipo colectivo deberán visitar diariamente los sectores satélites de cada centro de salud, transportándolos, sin costo para ellos, al hospital correspondiente.

En la atención directa de los enfermos juega un papel de especial trascendencia la organización propia de un servicio de farmacia. Ello permite, en primer término, implantar un arsenal terapéutico que, junto con facilitar la prescripción médica, proporciona a los servicios todas las sustancias y preparados que el progreso de la Medicina requiere. Para esto se cuenta con un laboratorio farmacéutico central (Laboratorio Chile) que prepara todas las especialidades necesarias; actúa, además, como central de compras de todo el armamento médico necesario, e incluye materiales de curación, instrumental, muebles clínicos, etc. Las ventajas que se obtienen con esta organización se pueden resumir así:

- 1.ª Obtención de las especialidades al costo, factor importantísimo por el elevado desembolso que este rubro significa;
- 2.ª Disponer de las especialidades farmacéuticas necesarias para el servicio, prescindiendo en absoluto de las conveniencias comerciales de otros fabricantes;
- 3.ª Uniformidad de aprovisionamiento para todos los ser-

vicios dependientes del Seguro Social, lo que asegura la oportuna y uniforme atención a lo largo del país;

4.ª Facilidad para eliminar las especialidades que el progreso de la Medicina indica como innecesarias, y

5.ª Regular, por medio de la importación directa, los precios en el mercado nacional.

**III. - CRONICAS
E INFORMACIONES**

LA XXXV CONFERENCIA GENERAL DE LA ORGANIZACION INTERNACIONAL DE TRABAJO

Durante los días 4 al 28 de junio último ha tenido lugar en Ginebra, y en el Palacio de las Naciones, la XXXV Conferencia General de la O. I. T., a la que han asistido, además de los representantes de las Naciones Unidas y otras entidades internacionales, cerca de 600 Delegados, en representación de los Gobiernos, patronos y trabajadores de los Estados miembros que componen la Organización.

El Orden del día asignado para esta Conferencia fué el siguiente:

1. Memoria del Director general.
2. Cuestiones financieras y de presupuesto.
3. Informaciones y memorias sobre aplicación de los Convenios y Recomendaciones.
4. Vacaciones pagadas en la agricultura (segunda discusión).
5. Objetivos y normas de la Seguridad Social:
 - a) Norma mínima de la Seguridad Social (segunda discusión);
 - b) Objetivos y norma avanzada de la Seguridad Social (primera discusión).
6. Colaboración entre las autoridades públicas y las Organizaciones de empleadores y de trabajadores:
 - a) Colaboración en el ámbito de la Empresa (segunda discusión);
 - b) Colaboración en el ámbito industrial y en el ámbito nacional (primera discusión).
7. Revisión del Convenio (núm. 3) sobre la protección de la maternidad (1919).
8. Protección de la salud de los trabajadores en los lugares de trabajo (primera discusión).

9. Reglamentación del empleo de los jóvenes en los trabajos subterráneos de las minas de carbón.

a) *Norma mínima de la Seguridad Social.*

De este programa conviene destacar, sin duda, por ser uno de los aspectos más interesantes tratados, el apartado a) del punto 5.º, es decir, el objetivo o norma mínima de la Seguridad Social. Se estudia en este detallado informe las personas protegidas, las contingencias cubiertas para este tipo de personas, la naturaleza de las prestaciones, el porcentaje que debía satisfacerse como norma mínima de Seguridad Social, partiendo de un supuesto de beneficiario-tipo, así como los períodos de carencia y duración mínima de las prestaciones, apuntando también un plan de Seguros voluntarios para cuando cualquier Estado miembro no ratificase la totalidad de las partes que en este Convenio se prevén.

Personas protegidas.

En cuanto a las personas protegidas, se propuso que tanto por lo que se refiere a la asistencia médica, prestaciones económicas de enfermedad, vejez, familiares, invalidez, paro, accidentes del trabajo, enfermedad profesional o maternidad, en principio se protegiese a una determinada categoría de asalariados que constituyesen no menos del 50 por 100 de todos los asalariados y a las esposas e hijos o miembros de dichas familias o categorías, o bien adoptar el sistema de incluir a determinadas categorías residentes, cuyos recursos no excedan de cierto límite en algunos casos, o que constituyan, por lo menos, otra mitad de la población total para las prestaciones de tipo sanitario.

Contingencias cubiertas.

Las contingencias cubiertas en virtud de las diversas partes del Convenio serían las siguientes:

Cualquier estado mórbido, con independencia de la causa que lo motive, así como el embarazo, el parto o sus consecuencias, se encontrarían cubiertas mediante asistencia médico-farmacéutica completa.

De otra parte, se asignan prestaciones económicas a las incapacidades para el trabajo por enfermedad, en caso de encontrarse en paro

personas que sean aptas para trabajar, y se prevé también de tipo económico para los ancianos que rebasen la edad prescrita, aunque se hace constar la posibilidad de condicionar esta prestación de retiro al final de toda ocupación remunerada. En caso de accidente del trabajo o enfermedad profesional, se prevé que las contingencias comprendan los estados mórbidos, la incapacidad para el trabajo que aquél ocasione, la pérdida total de la capacidad para ganar, o parcial, que exceda de un determinado grado, siempre que una u otra sean permanentes, o cuando exista pérdida de medios de existencia sufrida por los derechohabientes.

Las contingencias previstas para la maternidad son, lógicamente, la situación patológica del embarazo, el parto y sus consecuencias, y la suspensión de ganancias motivadas por el mismo; de igual manera, en cuanto a prestaciones, la única conclusión es tener hijos a cargo.

Por invalidez se estima la incapacidad para realizar cualquier actividad remunerada, hasta un determinado grado, cuando sea probable su permanencia o persista después de cesar las prestaciones de enfermedad, y, por último, la pérdida de medios de existencia que sufran la viuda o sus derechohabientes como consecuencia de la muerte del cabeza de familia, se considerarán como contingencias que dan lugar a las prestaciones de supervivencia.

Naturaleza de las prestaciones.

Se propone que las prestaciones de tipo sanitario estén constituidas por una asistencia médico-farmacéutica completa, incluyendo la Medicina general, con visitas a domicilio, asistencia por especialistas prestadas en hospitales a personas hospitalizadas o no, y también fuera de los hospitales, así como suministro de productos farmacéuticos esenciales, y, por lo que a maternidad se refiere, se concede asistencia médica prenatal, asistencia durante el parto y asistencia puerperal, prestada, bien por médico, bien por comadrona diplomada.

Las prestaciones de tipo económico, como son: enfermedad, paro, vejez, invalidez y supervivencia se concederían mediante pagos periódicos, y se estimó fijar un porcentaje-tipo para estos pagos, considerando como beneficiario medio el que compone hombre, esposa y dos hijos; con arreglo a la tabla así formada, se establecen los porcentajes, que oscilan entre el 40 y el 50 por 100, según la clase de contingencia que trate de cubrirse.

Las prestaciones que se consideran en caso de accidente del trabajo o enfermedad profesional comprenden los dos tipos anteriormente indicados, es decir, de asistencia médica y de pagos periódicos, por lo que nos remitimos a lo indicado en dichos apartados. Finalmente, las prestaciones concedidas para atenciones familiares comprenden también diversos aspectos, como son: pagos periódicos y, para los hijos, alimentos, vestidos, viviendas, vacaciones o asistencia doméstica.

Periodo de carencia.

En este apartado se apuntan los plazos que se consideran convenientes para alcanzar lo que denominan calificación a personas protegidas o de los derechohabientes, y que viene a resultar de la siguiente forma:

Se prevé que la asistencia médica y las prestaciones económicas de enfermedad, maternidad y paro sea preciso esperar el tiempo necesario para evitar abusos; en cuanto a las prestaciones de vejez, se hacen dos distingos, fijándose en el primero treinta años de cotización o de empleo para aquellos casos en que se tome en consideración la tasa normal. Cuando se considere la tasa normal reducida en diez unidades, se requerirá solamente diez años de cotización o de empleo, o cinco años de residencia.

En caso de accidente del trabajo o enfermedad profesional, bastaría con estar empleado en el momento en que se produzca el accidente o se contraiga la enfermedad.

Las prestaciones familiares pueden otorgarse después de tres meses de cotización o de empleo, o un año de residencia, y, por último, las de invalidez y supervivencia se dividen también en dos grupos, según se tome en cuenta la tasa normal o se reduzca ésta en diez unidades.

En el primer supuesto bastaría con acreditar quince años de cotización o de empleo, o diez años de residencia, si bien cuando se hallen protegidas todas las personas económicamente activas, o sus cónyuges, o hijos, tres años de cotización y un promedio anual de pagos de cotización con respecto a las personas protegidas o a su cabeza de familia mientras esté en edad de trabajar.

En el segundo supuesto, con cinco años de cotización, empleo o residencia, basta.

Por otra parte, se prevé que se concedan prestaciones reducidas a todas las personas que hubiesen completado una parte determinada de

un período de espera, y en los casos en que las prestaciones definitivas estén condicionadas a haber completado un plazo de carencia previamente establecido.

Duración de las prestaciones.

Completa este informe el apartado que se dedica a la duración mínima de las prestaciones, y que se estructura en la forma siguiente:

Para las prestaciones de tipo sanitario se prevé un plazo de veintiséis semanas por año, que podría ser ampliado en caso de enfermedad que requiera asistencia prolongada, y se apunta la posibilidad de que este plazo se redujese a trece semanas por caso como excepción temporal; prestaciones que no deberían suspenderse mientras durase la económica de enfermedad.

Para ésta, es decir, para la económica por enfermedad, se considera también el plazo mínimo de veintiséis semanas por caso, estableciendo un período de espera de tres días, y fijando, al propio tiempo, la duración mínima, en caso de excepción temporal, en otras trece semanas por caso, con idéntico período de carencia.

Cuando se trate de prestaciones económicas por desempleo, se apunta como plazo mínimo el de trece semanas en doce meses, ampliables al doble si los protegidos pudieran demostrar que sus recursos durante la contingencia no exceden de límites prescritos; en ambos casos se exigiría un período de espera de siete días.

Lógicamente, no se establece plazo de duración para las prestaciones que se conceden por accidente del trabajo o enfermedad profesional, y sólo se indica que sería preciso establecer un período de espera de tres días en cada caso.

Por último, en cuanto a maternidad se refiere, se considera que la duración de las prestaciones debe ser, por regla general, de doce semanas, a menos que se imponga o autorice un período de abstención del trabajo más prolongado, en cuyo caso el límite de duración debiera ser no inferior a estos períodos más largos.

b) Objetivos y norma avanzada de la Seguridad Social.

Conviene destacar también el informe acordado en cuanto al apartado b) del punto 5.º del orden del día, que se refiere al objetivo y norma avanzada de la Seguridad Social, materia que se discu-

tió por primera vez en la reunión de la Conferencia de que nos ocupamos y que quedó propuesta para ser examinada de nuevo, inscribiéndola en el momento oportuno en el orden del día de posterior Conferencia.

Con todo, las conclusiones propuestas se dividen en catorce partes, y se propone que la reglamentación internacional que debe adoptarse a este fin tenga forma de Convenio.

Comienzan las conclusiones fijando como disposiciones generales la nomenclatura que se aplica, así como las condiciones que en todo caso deberán cumplir los Miembros que ratifiquen este Convenio, bien sea en todo o en parte. Se apunta, asimismo, las contingencias que tiende a cubrir este objetivo o norma avanzada de Seguridad Social, comparándolo en todos sus apartados con aquellos otros que figuran ya aprobados para cubrirlos mediante la norma mínima de Seguridad Social.

Así, se concreta los estados de salud que requieren asistencia médica; la garantía de las prestaciones por enfermedad; las personas protegidas en caso de desempleo; las prestaciones a otorgar en concepto de vejez, quedando prevista la supervivencia más allá de una edad prescrita; las prestaciones en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, incluida la asistencia médica correspondiente; las personas protegidas en la concesión de prestaciones para el mantenimiento de los hijos; el campo de aplicación y prestaciones concedidas por maternidad, teniendo en cuenta, igualmente, la asistencia médica respectiva; las personas protegidas en caso de invalidez y, finalmente, las prestaciones que deben concederse en caso de muerte del cabeza de familia.

Termina el informe indicando las normas a que deben sujetarse los pagos periódicos que se efectúen en concepto de las diversas prestaciones y apuntando la conveniencia de la igualdad de trato a los residentes no nacionales.

Hay que hacer constar que cuantas prestaciones se prevén se consideran obligatorias, naturalmente, sólo para aquellos Estados Miembros que ratifiquen la parte correspondiente del Convenio.

c) *Acuerdos adoptados.*

La Conferencia, sobre los puntos incluidos en el orden del día, adoptó los siguientes acuerdos:

1. Vacaciones pagadas en la agricultura; se adoptaron un Convenio y una Recomendación.

2. Objetivos y norma mínima de la Seguridad Social; quedó adoptado un Convenio.

3. Objetivos y norma avanzada de la Seguridad Social; se adoptó, en forma de Resolución, examinar nuevamente la cuestión sobre esta materia, incluyéndola en el orden del día de las próximas Conferencias.

4. Colaboración entre las autoridades públicas y las Organizaciones de empleadores y de trabajadores; se adoptó una Recomendación, y, en forma de Resolución, se acordó consultar acerca de la colaboración entre empleadores y trabajadores en el ámbito de la empresa.

5. Revisión del Convenio (número 3) sobre protección de la Maternidad, 1919, y proyecto de Recomendación suplementaria; quedó adoptado el Convenio objeto de revisión, así como una Recomendación, relativa a la protección de la Maternidad.

6. Protección de la salud de los trabajadores en los lugares de trabajo; se formuló una Resolución que, en conjunto, fué adoptada.

7. Reglamentación del empleo de los jóvenes en los trabajos subterráneos en las minas de carbón; la Conferencia adoptó una Resolución, tal como la proponía la Comisión del empleo en las minas.

Con independencia del orden del día, la Conferencia adoptó las siguientes Resoluciones:

Sobre la independencia del movimiento sindical; sobre asistencia a los países insuficientemente desarrollados; sobre la prosecución efectiva, en todos los países, de los fines y objetivos de la O. I. T., en condiciones de libertad y seguridad, y sobre el desarrollo de la economía pacífica y de la colaboración económica internacional para la elevación del nivel de vida de las poblaciones.

VIII REUNION DEL COMITE EJECUTIVO DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL (A.I.S.S.)

En los días 30 de junio y 1 de julio se ha celebrado en Ginebra la VIII Reunión del Comité Ejecutivo de la Asociación Internacional de Seguridad Social, en el curso de la cual, además, la institución celebraba el 25 aniversario de sus actividades. Estuvieron representadas las instituciones de Seguridad Social de Alemania, Austria, Bélgica, Chile, Dinamarca, Grecia, Francia, Finlandia, Israel, Irlanda, Italia, Japón, Luxemburgo, Méjico, Países Bajos, Sarre, Suiza, Turquía y Venezuela, así como los siguientes organismos internacionales: Naciones Unidas, Consejo de Europa, Organización Mundial de la Salud, Unión Internacional de Organismos Familiares, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Oficina Internacional del Trabajo y Oficina Iberoamericana de Seguridad Social.

Las sesiones tuvieron lugar en la sala del Consejo General del Bâtiment Electoral de la ciudad de Ginebra. La mañana y la tarde del día 30 de junio estuvieron dedicadas a las actividades futuras de la Asociación Internacional de Seguridad Social, y en ellas intervinieron los representantes de todos los organismos internacionales y delegados de la mayoría de los países participantes. El 1.º de julio estuvo dedicado a la Memoria de la Secretaría General y, en sesión privada, a la discusión de las cuestiones de tesorería, así como a las relaciones que deben mantener con la Oficina Internacional del Trabajo y a la concreción de las actividades futuras. En días sucesivos había también reuniones especiales para el estudio de la evaluación de la invalidez y de los subsidios familiares.

Uno de los importantes acuerdos tomados en dicha reunión del Comité Ejecutivo fué el de celebrar próxima Asamblea General en París en el curso del mes de septiembre de 1953.

* * *

La Asociación Internacional de Seguridad Social nació bajo los auspicios de la Oficina Internacional del Trabajo el año 1927, en Bruselas, como resultado de una Conferencia Internacional de las Uniones de Sociedades Mutuas y Cajas de Seguro de Enfermedad, y, como puede deducirse, el objetivo de estudios futuros fueron concretamente los problemas del Seguro de Enfermedad.

Después del colapso de la guerra mundial reanuda sus reuniones con la VIII Conferencia, que tiene lugar en Ginebra en los días 11 al 14 de octubre de 1947, en la que se acuerda adoptar los postulados de la Conferencia de la O. I. T. de Filadelfia de 1943, e incluso cambiar su denominación por otra que sea verdaderamente expresiva de las tendencias modernas, y así se denomina desde entonces Asociación Internacional de Seguridad Social (A.I.S.S.).

Tiene por objeto coordinar internacionalmente e intensificar los esfuerzos para la extensión, defensa y perfeccionamiento técnico y administrativo de la Seguridad Social principalmente, mediante la organización de reuniones internacionales periódicas de sus miembros y el intercambio de informaciones y la confrontación de experiencias referentes a las actividades de los mismos.

* * *

La cuestión más importante que se trató en la VIII Reunión del Comité Ejecutivo fué el planteamiento del tema unidad o pluralidad de organismos internacionales en materia de Seguridad Social.

Todos los representantes europeos se pronunciaron por la unidad y exclusividad del Organismo internacional, sugiriendo, además, que siendo la Asociación Internacional de Seguridad Social el órgano que con carácter técnico aglutina a casi todas las instituciones de previsión, dicha unificación internacional debería efectuarse sobre la A.I.S.S. Algunos representantes americanos expusieron las dificultades que representa el hecho de poner, en un mismo plano, pueblos con problemas y realidades bien distintos. Por su parte, la representación de la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social mantuvo la siguiente tesis:

La acción universal vinculada a un solo organismo internacional de carácter uniforme, tiene graves inconvenientes que la harían ineficaz en la práctica. La diversidad de ideología, medios, sistemas, desarrollo, etc., llevaría fatalmente la acción común a unos resultados desiguales.

Entre la nación y la acción internacional general existe una realidad que no se puede desconocer: los grupos regionales.

Existen, en efecto, los grupos de pueblos afines por su cultura, por su temperamento, por sus problemas y sus necesidades específicas. Dentro de estos grupos regionales de pueblos, las experiencias de un país aprovechan al otro, la técnica de uno sirve a la del otro, las informaciones cambiadas resultan útiles y los intercambios y ayudas técnicas recíprocas alcanzan eficacia práctica del más alto interés.

Estas comunidades son perfectamente visibles y naturales: iberoamérica, países árabes, anglosajones, etc.

Tal reconocimiento de las comunidades regionales no niega la necesidad y utilidad de la acción internacional ni del organismo que la canalice, sino que, por el contrario, la refuerza.

Así como una acción universal basada sólo en naciones ofrece demasiada variedad para ser eficaz, la misma acción universal, cuando es la confrontación de esfuerzos y realizaciones regionales, se convierte en una integración de fuerzas que han de producir forzosamente enseñanzas para cada grupo y estímulo para el constante mejoramiento universal de la situación de las clases trabajadoras.

De esta manera, cuanto más se haga dentro de cada comunidad regional de pueblos, mejor será el servicio que se podrá prestar a la acción internacional.

Así quedó esbozada la tesis iberoamericana tal como la concibe y practica la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social, creada por voluntad del I Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, celebrado en España en el año 1951.

C. M. B.

INFORMACION IBEROAMERICANA

Eva Perón

En la madrugada del 27 de julio de 1962 dejó de existir en Buenos Aires la señora **Eva Perón**, esposa del **Presidente de la República Argentina**. Su extraordinaria vida fué dedicada al servicio de la causa de los trabajadores.

Su ascenso a la vida política ocurre en el momento en que se produce una arrolladora ascensión al plano público de los problemas sociales. Este fenómeno, unido en la vocación de **Eva Perón** a un sentimiento nacionalista, es la fuerza motriz de su vida y realizaciones.

Proclamado **Presidente de la República** el **General Perón**, su esposa hizo recaer sobre sí misma la responsabilidad de las reformas sociales dirigidas a la redención del pueblo argentino. Así nació la **Fundación** que lleva su nombre, cuya misión bienhechora ha derramado los frutos del más digno amparo fraternal; así desarrolló intensas jornadas de trabajo, dedicadas a procurar generosas soluciones a los múltiples problemas que agobian a las clases trabajadoras; así, convertidos hoy en textos legales, surgieron los **Derechos de la Ancianidad**, los **Derechos del Trabajador** y los **Derechos Políticos de la Mujer**.

En 1947, a través de España, Italia, Francia y Brasil, fué **Eva Perón** la intérprete personal de un sentido mensaje de paz y solidaridad, símbolo del legítimo sentimiento de los argentinos.

Posteriormente, como frutos de su esfuerzo, nacieron **Hogares de Tránsito**, **Hogares-escuelas**, **hospitales policlínicos**, el **Hogar de la Empleada**, los de **ancianos**, las **escuelas-talleres**, las **viviendas**, la **Ciudad Infantil** y la **Estudiantil**. Asimismo, merced a su profundo sentimiento humanitario, se instituyeron **becas para estudiantes pobres**, se creó el **turismo obrero y escolar**, la **asistencia médica**, **entidades deportivas y culturales**, **escuelas profesionales**, **pensiones y subsidios a ancianos e incapacitados** y **cantinas maternas**.

A través de esta apretada síntesis de realizaciones es fácil apreciar la magnitud de su obra, cuya singularidad y trascendencia no tiene paralelo en los anales de los sacrificios destinados a alcanzar el ideal de la felicidad humana. De aquí que la **REVISTA IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL** desee unirse en estas líneas al profundo sentimiento que la muerte de **Eva Perón** ha causado al pueblo argentino. Que su vida, prolongada en sus obras, como deseó, sea un ejemplo para todos.

OFICINA IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

La O. I. S. S. organiza el Primer Curso de Cooperación Técnica Iberoamericana en materia de Seguridad Social.

• La Oficina Iberoamericana de Seguridad Social, en su labor de promover el intercambio de experiencias entre las personas e instituciones iberoamericanas interesadas en la Seguridad Social, ha organizado el I Curso de Cooperación Técnica, que se celebrará en Madrid de octubre próximo a marzo de 1953.

Objetivo principal de dicho Curso será el estudio y conocimiento de las realizaciones e instituciones de la Seguridad Social española. Sabido es que éstas son, principalmente, el Instituto Nacional de Previsión, el Instituto Social de la Marina, el Servicio de Reaseguro de Accidentes del Trabajo, el Servicio de Montepíos y Mutualidades Laborales y la Dirección General de Previsión del Ministerio del Trabajo. El historial y la experiencia de cada una de éstas ofrecen ancho campo para el estudio y la investigación social.

La forma de trabajo consistirá, fundamentalmente, en estudios y conferencias de carácter colectivo y general, además de las labores de especialización y análisis de aspectos concretos de la gestión y aplicación práctica de la Seguridad Social. Los Cursos monográficos serán dirigidos por técnicos en la materia, y comprenderán el estudio de los diversos aspectos económicos, sanitarios, jurídicos, estadísticos, sociológicos, políticos, históricos y asistenciales de la Seguridad Social.

Paralelamente a los Cursos monográficos se desarrollará un programa de conferencias de carácter doctrinal, a cargo de altas personalidades de las instituciones españolas de Seguridad Social.

El estudio teórico realizado en los Cursos monográficos será completado por el trabajo de Seminarios, en los que profesores y becarios discutirán—en régimen de mesa redonda—los problemas técnicos y prácticos que se planteen en cada caso.

El estudio y la investigación de los sistemas y métodos aplicados en las realizaciones sociales perseguirá el objetivo de lograr una especialización lo más completa posible en aquel aspecto que interese al becario y a la institución que lo haya enviado.

Los becarios redactarán al final del Curso una Memoria, en la que recogerán las experiencias y resultados de la labor realizada individual y colectivamente.

ARGENTINA**Se modifica la reglamentación de la Ley de Protección a la Vejez.**

Por un Decreto del 20 de abril de 1951 se incluye en la Ley de Protección a la Vejez a las mujeres casadas de sesenta o más años de edad cuando: hayan sido abandonadas por sus cónyuges; el cónyuge estuviera ausente y se presuma su fallecimiento, y el cónyuge se halle físicamente imposibilitado.

Las pensiones que se concedan a estas beneficiarias empezarán a devengar el primero del mes en que se dicte el Decreto concediéndoles tal beneficio.

Propuesta de mejoras en la Higiene Materno-infantil.

En las Segundas Jornadas Sanitarias de Higiene Materno-infantil, que tuvieron lugar en Santa Fe (Argentina) del 17 al 19 de octubre de 1951, se propuso:

- a) Perfeccionar especialmente la bioestadística como medio de control.
- b) Conseguir la colaboración activa de las madres y de los niños, estimulando su cooperación de acuerdo con los programas preparados y realizados por un personal capacitado.
- c) Recurrir a los medios terapéuticos más modernos y eficaces en la lucha contra la sífilis congénita.
- d) Extender y ampliar la difusión de los principios fundamentales de la asistencia al niño en edad preescolar.
- e) Ampliar la divulgación de los principios fundamentales de la Medicina Preventiva en lo relativo a la maternidad.

Ayuda y Orientación al Inválido.

La Asociación de Ayuda y Orientación al Inválido ha resuelto crear un Comité permanente pro rehabilitación del inválido. En dicho Comité estarán representadas todas las instituciones privadas e Institutos nacionales, profesores, médicos y toda persona que de una u otra manera sienta inquietud por la recuperación de todo el que ha perdido su capacidad laboral, a fin de obtener por medio de la Medicina, la Pedagogía, la Psicología y una legislación coordinada la elevación del nivel físico, espiritual y de recapacitación

de todo niño o ciudadano que se encuentre en condiciones de inferioridad con respecto a su función social.

Los objetivos de dicha Institución son los siguientes: 1) Coordinar toda acción existente, personal, privada o del Estado que se refiera a los lisiados, cualquiera que sea su tipo; 2) Estudiar y propugnar toda legislación referente a los lisiados; 3) Difundir en el medio social el valor y la situación del lisiado dentro de la colectividad; 4) Desarrollar una acción académica por medio de conferencias, publicaciones, congresos y vinculación con todas las organizaciones nacionales y extranjeras que se interesen en la prevención, tratamiento, reeducación y asistencia social de los lisiados; 5) Propender a la creación y desarrollo de centros, instituciones y organismos para la realización práctica de los fines que se persiguen. Por esto, el Comité realizaría un censo y guía de instituciones particulares y organismos estatales con el fin de determinar su capacidad, labor, etc., y sus funciones específicas y dependencias, y un censo de lisiados con objeto de efectuar estadísticas. Asimismo se procederá a la recopilación de Decretos, Leyes y Ordenanzas municipales, provinciales y nacionales; al estudio de la legislación comparada y a la preparación de Leyes, que serán elevadas a los Poderes nacionales, provinciales y municipales para su estudio. Se organizará la III Conferencia Nacional para el Bienestar del Lisiado.

El órgano de la Institución es la revista "Redención".

CONFERENCIA INTER-AMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

La IV Conferencia de la C. I. S. S. se reúne en Méjico.

La IV Conferencia Interamericana de Seguridad Social se reunió en Méjico el mes de abril del año en curso. Asistieron delegados de todos los Gobiernos y de las instituciones de Seguridad Social de América.

Entre los temas discutidos en la Conferencia figuraron: la aplicación de los Seguros sociales a los trabajadores agrícolas, las prestaciones familiares en general, los problemas médicos y farmacéuticos del Seguro de Enfermedad, y la conveniencia de fijar una terminología uniforme para todos los países de habla española en lo que se refiere a los Seguros sociales. (Más información en la Sección de Estudios.)



S. E. el Jefe del Estado español, D. Francisco Franco, inaugura tres nuevos Ambulatorios del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en Madrid (18 de julio de 1952).

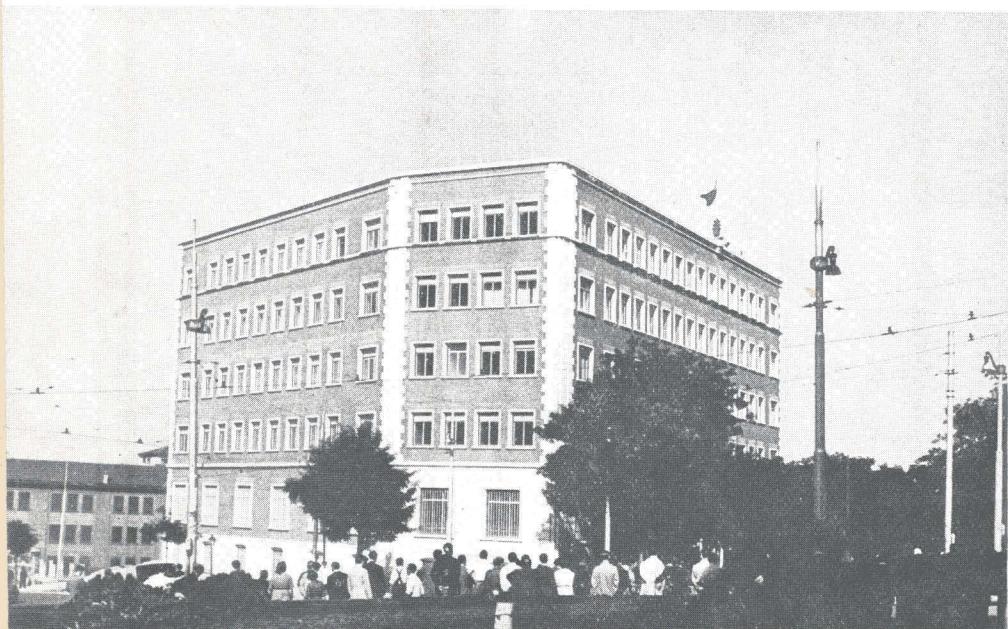
Edificio del Ambulatorio del Seguro de Enfermedad, situado en la calle del Doctor Esquerdo Madrid, inaugurado el 18 de julio de 1952



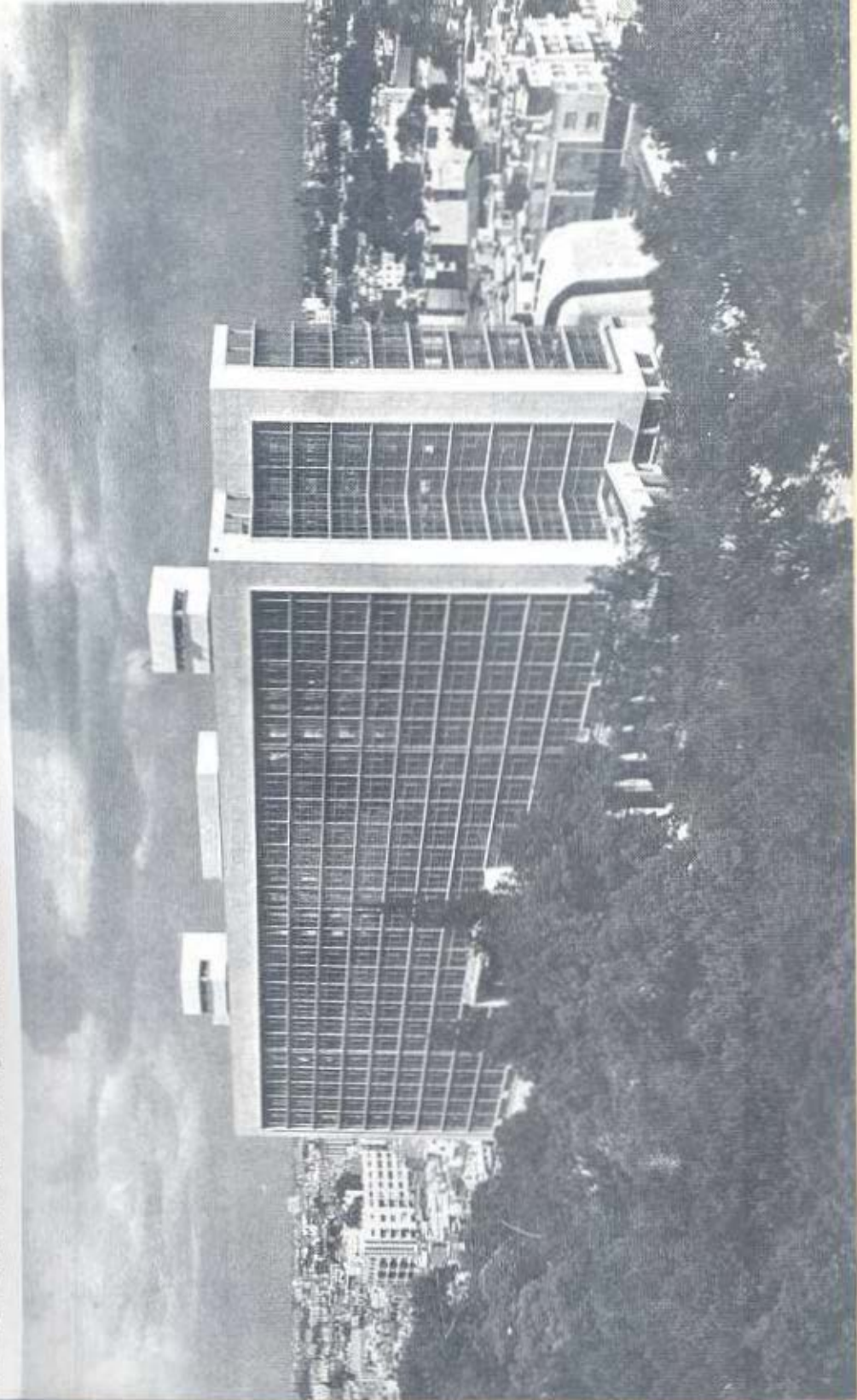


Edificio del Ambulatorio del Seguro de Enfermedad, situado en la calle de Modesto Lafuente, de Madrid, inaugurado el 18 de julio de 1952.

Edificio del Ambulatorio del Seguro de Enfermedad, situado en el Paseo de los Pontones, de Madrid, inaugurado el 18 de julio de 1952.



Edificio del Instituto Mexicano de Seguro Social, en el cual tuvo lugar la IV Conferencia Interamericana de Seguridad Social.



Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, licenciado Miguel Alemán, declara inaugurados los trabajos de la IV Conferencia Interamericana



CUBA**Proyecto de Plan de Asistencia Social.**

La Federación Nacional de Trabajadores Azucareros de Cuba —que comprende medio millón de operarios industriales y agrícolas— proyecta la ejecución de un Plan de Asistencia Sanitaria y de Seguro de Enfermedad, consistente en el establecimiento de una cadena de clínicas, en número de cuatro; 48 dispensarios, 33 consultorios y tres equipos móviles. Se calcula que la ejecución de este Plan invertirá unos cuatro millones y medio de pesos para construcción de edificios y otra cantidad igual para el mantenimiento de los servicios cada año. Las clínicas se establecerán en La Habana (200 camas), Santa Clara, Florida y Holguín (75 camas cada una). En estos Centros, así como en los dispensarios y consultorios, se prestará asistencia sanitaria general y de especialidades.

CHILE**Situación de la mano de obra.**

La Memoria del año 1951, publicada recientemente por el Departamento Nacional de Colocación de Chile, pone de relieve el aumento del paro en el transcurso del año considerado. Se atribuye este fenómeno a la paralización o reducción de actividades en algunas industrias y establecimientos comerciales. Esto se debe al aumento de los sueldos y salarios y a la escasez o mayor precio de las materias primas, que encarecen el producto, disminuyendo su venta.

El paro es mayor porque la cantidad de jóvenes de uno y otro sexo que siguen los cursos de enseñanza profesional y técnica es cada vez menor, mientras que la mayor parte de los adolescentes, terminados sus estudios, se encuentran sólo aptos para colocarse en puestos secundarios de la industria y el comercio, y solicitan entonces puestos en la Administración pública. Se espera que la creación de la Universidad Técnica del Estado pondrá remedio a esta situación.

La Memoria señala que la penuria de la mano de obra calificada es más considerable en las ramas profesionales y oficios siguientes: mecánica de precisión, industrias textiles, caldereros, soldadura eléctrica, trazadores, ebanistas, etc. Para mejorar esta situación, el Estado deberá pedir a ciertos establecimientos industriales importantes que permitan la utilización de sus locales fuera de las

horas de trabajo, con objeto de organizar cursos de formación, en los que pudiera utilizarse tanto el material de dichos establecimientos como la experiencia de sus técnicos y jefes de taller. Por su parte, el Estado bonificaría a las firmas, ya sea por desgaste de maquinaria y herramientas o por gastos de energía y materiales, asignando un salario extra a las personas que actúen como instructores.

ESPAÑA

Inauguración de ambulatorios.

Con ocasión de la fiesta nacional del 18 de Julio, S. E. el Jefe del Estado, Francisco Franco Bahamonde, ha inaugurado en Madrid tres ambulatorios del Seguro de Enfermedad, instalados en el Paseo de los Pontones, calle de Modesto Lafuente y Paseo del Doctor Esquerdo. Constituyen estos ambulatorios, juntamente con las residencias sanatorias de La Coruña, Valencia, Guadalajara, Logroño, Teruel y Huelva, la primera fase, ya cumplida, del Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

El sueldo base de los pescadores.

Una Orden del Ministerio del Trabajo, publicada el 5 de abril del corriente año, establece que para la afiliación y cotización a los Seguros sociales de los trabajadores afectados por la Reglamentación de la Pesca Marítima, se tomará como sueldo base el reglamentario, incrementado en un 25 por 100.

Incompatibilidades para el percibo del Subsidio de viudedad y orfandad.

El Ministro de Trabajo firmó, el 15 del pasado mes de abril, una Orden por la cual se declaran incompatibles los Subsidios de viudedad y orfandad concedidos por el Régimen Obligatorio de Subsidios Familiares con cualquier otra pensión de igual naturaleza y de otra procedencia.

El Seguro de Enfermedad y los accidentes del trabajo.

Por una Orden del 31 de marzo del año en curso se regula la asistencia médico-farmacéutica de los accidentes del trabajo en relación con el Seguro de Enfermedad.

En virtud de esta disposición todo obrero víctima de accidente del trabajo que no sea asistido por su Entidad aseguradora, o por el propio patrono, podrá acudir a la Entidad colaboradora del Seguro de Enfermedad a que esté afiliado, la cual le prestará inexcusablemente la asistencia que precise durante todo el tiempo necesario.

Las Entidades del Seguro de Enfermedad que atiendan estos casos requerirán a las de accidentes del trabajo para que se hagan cargo de ellos, y reembolsen los gastos realizados, remitiendo el oportuno informe, a la Inspección Técnica de Previsión Social.

Protección de los trabajadores de Gibraltar.

La Organización Sindical ha adoptado recientemente diversas medidas de protección en favor de los trabajadores españoles que prestan sus servicios en Gibraltar, y cuyo número asciende a 12.000.

Ha constituido un Sindicato, en el que están agrupados los trabajadores de la construcción, metal, transportes, hostelería, oficinas, comercio y de todas las restantes actividades. Todos estos grupos tendrán sus correspondientes servicios jurídicos, y se procurará conseguir para ellos igualdad de trato, contratos de trabajo que normalicen los despidos y el paro cuando disminuya la intensidad de la producción, jornales mínimos iguales a los de sus compañeros no españoles de la misma categoría, horario de trabajo, horas extraordinarias pagadas y una indemnización por despido cuando de éste no sea responsable el trabajador.

En cuanto a los beneficios de los Seguros sociales, se está estudiando el procedimiento para que puedan concedérseles, teniendo en cuenta su situación especial, ya que las Empresas donde trabajan no cotizan por ellos, y, por tanto, no pueden estar amparados por la legislación española, y tampoco lo están por la inglesa, que no protege a los trabajadores españoles.

HAITI

Enmiendas a la Ley de Seguridad Social.

Con fecha 19 de septiembre de 1951 ha sido aprobada una Ley modificando la de 10 de octubre de 1949, que creó el Instituto de Seguros Sociales de Haití.

Esta nueva Ley incluye el Instituto de Seguros Sociales dentro del Departamento de Trabajo, y prevé la creación de Delegaciones en las provincias.

El Seguro se hace obligatorio para todos los funcionarios del Estado y de las Administraciones públicas, los trabajadores de empresas agrícolas o comerciales, los profesores y vigilantes de los establecimientos de enseñanza privada y el servicio doméstico. Este último cuando su salario no excede de 500 "gourdes" semanales.

En caso de accidentes, el asegurado tendrá derecho a la asistencia sanitaria, y a partir del cuarto día de incapacidad a una prestación en metálico igual a los dos tercios del salario base. Ha sido suprimida la prestación complementaria a los accidentados con hijos a cargo.

En caso de enfermedad, el asegurado tendrá derecho a la asistencia médico-farmacéutica por un tiempo máximo de veintisiete semanas. En caso de concederse la hospitalización, su duración máxima será de treinta días, pudiendo, sin embargo, ser prolongada en casos especiales.

La prestación en metálico asciende al 50 por 100 del salario del asegurado, pero nunca podrá ser inferior a 50 "gourdes", y se abonará durante un período que no podrá exceder de seis semanas por año.

En caso de fallecimiento del asegurado, sus derechohabientes percibirán una indemnización igual a un mes de salario.

El Seguro de accidentes está totalmente a cargo del patrono, que ingresará en el Instituto de Seguros Sociales el 1 por 100 del total de los salarios por él abonados.

En el Seguro de Enfermedad la cotización se ha fijado en el 4 por 100 del salario, la mitad a cargo del patrono y la otra mitad a cargo del trabajador. Además, el Estado concede una subvención, cuyo importe será fijado oportunamente.

PANAMA**Reforma de la Ley Orgánica de la Caja del Seguro Social.**

Por un Decreto-Ley de 7 de agosto de 1951, se reformó la Ley orgánica primitiva de la Caja del Seguro Social, de 1943, y la Ley de 1947, que modificaba la primera (1); la modificación afecta principalmente al régimen interior en lo que se refiere a la administración y a las inversiones de los fondos de la Caja.

En cuanto al campo de aplicación, hay dos modificaciones importantes. La primera extiende el Seguro obligatorio a los funcionarios y empleados públicos del Estado, Provincias, Municipios y Entidades autónomas y semiautónomas, y organizaciones públicas descentralizadas. En la segunda se incluye en el Seguro obligatorio a los trabajadores independientes con ingresos inferiores a 1.200 balboas anuales; los que tengan ingresos superiores a este tope continuarán en el Seguro voluntario.

PERU**Inauguración de un Centro Escolar Preventivo en Lima.**

Ha quedado últimamente inaugurado, en Lima, el Centro de Medicina Preventiva Escolar, que es el primero de un grupo de establecimientos del mismo tipo que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social instalará en diversos lugares de la República.

El establecimiento inaugurado ocupa un edificio de tres pisos, en el que se hallan adecuadamente distribuidos: salas, laboratorios, salas de exámenes clínicos, radiología y fisiología, gabinete dental y servicio de oftalmología, sala de otorrinolaringología y de audiometría, oficina de estadística, secretaría, oficina del Jefe del Centro y salas de conferencias.

Todos los gabinetes y laboratorios, así como las demás dependencias técnicas, están dotados de equipos que representan los últimos adelantos de la ciencia para un mejor y más eficaz servicio.

La instalación de estos centros de Medicina preventiva escolar fué dispuesta por Decreto Supremo de 14 de mayo del año pasado, que les señaló, entre otros, los siguientes objetivos principales: realizar el examen médico integral de los escolares para promover la oportuna atención de los estados mórbidos; intensificar el despistaje tuberculíneo

(1) Véase R. E. S. S. 1948.—Volumen 2.º.—Página 2.137.

radiológico, como medio coadyuvante de la prevención y control de la tuberculosis; difundir las facilidades de inmunización contra las enfermedades infectocontagiosas y divulgar entre maestros y alumnos el conocimiento de las medidas de profilaxia e higiene; examinar sistemáticamente las perturbaciones visuales y auditivas y orientar su tratamiento; conocer las constantes de crecimiento del niño y las condiciones de su desarrollo físico y psíquico; investigar los problemas médicos sociales de la infancia, y proponer, en función de los casos, las soluciones más adecuadas.

Creación del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social.

El Congreso de la República peruana ha promulgado la Ley que crea el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, para contribuir a las realizaciones de obras y servicios destinados a mejorar las condiciones sanitarias del país, promover la defensa de la salud de sus habitantes y propugnar el bienestar social. Entre otras finalidades específicas que le asigna el artículo 2.º de dicha Ley, el Fondo Nacional de Salud y Bienestar se ocupará de construir hospitales, terminar los que se encuentran inconclusos y ampliar los existentes; implantar, difundir y mejorar los servicios de protección y asistencia a la madre y al niño; incrementar la construcción de viviendas para empleados y obreros, de acuerdo con la densidad de las poblaciones y las modalidades de las respectivas zonas, y estimular y fomentar los estudios e investigaciones relacionados con la salud y el bienestar social.

Constitución de un hospital en Cerro de Pasco.

El Consejo directivo de la Caja Nacional de Seguro Social ha acordado la construcción de un nuevo Hospital Mixto y Policlínico en Cerro de Pasco, a cuyo efecto se destinará la suma de tres millones de soles, la que será sufragada proporcionalmente por el Seguro Obrero y el Seguro del Empleado, ya que los asegurados de ambas Instituciones serán asistidos en dicho Nosocomio.

El nuevo centro asistencial amplía el plan inicial previsto por la Caja Nacional de Seguro Social, en el que sólo se proyectó la construcción de un hospital, el Huariaca (localidad situada a 35 kilómetros de Cerro de Pasco), y un policlínico en esta última ciudad.

REPUBLICA DOMINICANA**Balance del Seguro Social Dominicano.**

Un total de 375.629 asegurados fueron atendidos por la Caja de Seguros Sociales durante los primeros diez meses de 1951. Dicha cifra, según se ha informado, representa un aumento de 7.756 sobre el total de asegurados atendidos en el mismo periodo de 1950.

Por primera vez, concurrieron a los establecimientos de la Caja 107.464 asegurados, y por veces subsecuentes, 268.165.

Las atenciones médicas concedidas en hospitales, policlínicas, consultorios, unidades móviles y a domicilio fueron 966.372, entre consultas despachadas, partos y servicios auxiliares de diagnóstico.

Se distribuyen en la forma que sigue: 230.255 consultas generales; prenatales, 4.961; posnatales, 1.607; 371.396 inyecciones; curaciones, 51.512; casos de cirugía menor, 4.526; partos atendidos a domicilio, 356; recetas despachadas, 269.111; radiografías, 2.466; fluoroscopias, 4.575, y exámenes de laboratorio, 25.607.

Durante el mes de octubre fueron atendidos 43.988 asegurados cotizantes, que recibieron un total de 115.490 atenciones.

Se atendieron 7.064 asegurados más que en octubre de 1950, y se prestaron 27.878 asistencias por encima de las que fueron concedidas durante el mismo mes y año citados.

Un total de 10.099 asegurados, que cubrieron 140.135 estancias, fueron hospitalizados en los primeros diez meses del año. Estos datos incluyen las hospitalizaciones hechas dentro del Seguro de Maternidad, las cuales ascendieron a 1.083, habiendo nacido 1.038 criaturas.

En los servicios hospitalarios de enfermedades generales y de maternidad fueron practicados 22.521 exámenes de laboratorio, 1.380 radiografías, 1.370 fluoroscopias, 475 emergencias, y se despacharon 37.025 recetas.

En octubre, los asegurados cotizantes hospitalizados fueron 1.083. Las estancias cubiertas, 14.978; los nacimientos, 101; los exámenes de laboratorio, 2.603; las radiografías, 164; las fluoroscopias, 215; las intervenciones quirúrgicas, 190; las emergencias, 66, y las recetas despachadas, 3.169.

De enero a octubre fueron concedidas 60.073 prestaciones odontológicas en beneficio de 23.941 asegurados cotizantes. Tales servicios tuvieron la siguiente distribución: extracciones, 42.547; obturaciones, 7.573; profilaxis, 2.729; servicios diversos, 7.224.

En octubre fueron concedidas 6.522 extracciones, obturaciones, profilaxis y servicios diversos en beneficio de 2.324 asegurados.

En los primeros diez meses del año, el Departamento de Accidentes del Trabajo registró 16.925 accidentes, habiendo fallecido a consecuencia de los mismos 30 lesionados.

Las indemnizaciones acordadas ascendieron a 96. Dieron margen a desembolsos valorados en RD\$ 17.758,43. Por compensación, se pagó la suma de RD\$ 45.222,79.

Durante el mes de octubre ocurrieron 1.631 accidentes del trabajo; cuatro lesionados fallecieron. Se concedieron diez indemnizaciones por valor de RD\$ 4.846,08, y se pagó por compensaciones la suma de RD\$ 5.261,13.

URUGUAY

Cifras estadísticas de la Caja de Jubilaciones y Pensiones.

La Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Industria y Comercio de la República del Uruguay atiende un total de 63.400 afiliados, a cuyo favor se abonaron en el ejercicio de 1951 la suma de 68 millones de pesos. Los ingresos totales habidos en el mismo período de tiempo importaron 132.194.041,25 pesos, lo que supone un aumento considerable con relación a recaudaciones de años anteriores. Esto se debe al aumento general de los sueldos de la industria y comercio en los tres últimos años, al crecimiento vegetativo de la población afiliada y a un mejor sistema de recaudación.

Próximo Congreso Internacional de Medicina y Farmacia militares.

Del 1 al 6 de marzo de 1953, se celebrará en Montevideo el XIV Congreso Internacional de Medicina y Farmacia militares. Es la primera vez que este Congreso se reúne en un país de Iberoamérica.

Los trabajos científicos del Congreso se referirán a los siguientes puntos:

- 1.º La Medicina militar, considerada como una especialidad.
- 2.º Organización médica nacional en tiempo de guerra. Coordinación de los servicios civiles y militares.
- 3.º Funcionamiento del Servicio Sanitario en la guerra de alta montaña.
- 4.º Concepción moderna del tratamiento en vanguardia de los abrasados y heridos.

En la Sección de Farmacia se propone una organización de los Cuerpos farmacéuticos militares, instruyendo al personal de reserva.

En la Sección Dental se establecerá una ficha dental de un modelo determinado, con objeto de poder vigilar la dentadura de los que estén prestando servicio militar.

VENEZUELA

Creación del Consejo Técnico de Seguridad Social.

La Junta de Gobierno de los Estados Unidos de Venezuela, considerando "que el desarrollo alcanzado por la política social que adelanta el Gobierno Provisional determina la necesidad de crear un organismo que coordine la acción del Estado en tal sentido", ha creado un organismo denominado Consejo Técnico de Seguridad Social, dependiente del Ministerio del Trabajo e integrado por nueve miembros, entre los que se encuentran representantes de los Ministerios de Fomento, Sanidad y Asistencia Social, Agricultura y Cría, y del Banco Obrero.

Ampliación de los Seguros sociales.

El Fisco Nacional ha efectuado un préstamo de dos millones de bolívares al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, para que pueda atender a gastos derivados de la extensión del Seguro de Enfermedad-Maternidad y de Accidentes y Enfermedades Profesionales a varias de las regiones de la República, y para el mejoramiento de los servicios existentes.

En un aspecto legislativo, se están dando los primeros pasos hacia la unificación de riesgos, o, mejor dicho, la abolición de las clases de riesgos. La creación del Fondo de Compensación, con los remanentes de la rama de Seguros que lo permita, una vez hechos todos los apartados prescritos por la Ley, tiene su base en la unidad de los riesgos y en la solidaridad que caracteriza al Seguro Social. Se preparan proyectos de Estatutos internos del Instituto, y, por su parte, el Gobierno realizará un estudio a fondo sobre el sistema en que descansa el Seguro Social en Venezuela.

El Servicio de Higiene y Seguridad Industrial ha divulgado un folleto explicativo de las medidas de prevención de accidentes, y realiza en la actualidad estudios estadísticos, a fin de determinar y disminuir los grados de peligrosidad en las industrias.

OTRAS NOTICIAS

ALEMANIA (Rep. Federal). Asociación de Ingenieros de Seguridad en la Industria del Hierro y del Acero.

En una reunión celebrada en el mes de mayo del pasado año, los ingenieros de seguridad en el trabajo, en las industrias del hierro y del acero, constituyeron una Asociación, que tenía como fin fomentar la protección en el trabajo para beneficio de los trabajadores y de las mismas Empresas, mediante el intercambio de experiencias entre los ingenieros y la colaboración de todas las instituciones interesadas en la seguridad industrial. Se espera que esta clase de Asociación, que tuvo su origen en el Ruhr, pronto se extenderá por toda la República Federal y a todas las industrias, entrando en relación con Asociaciones similares de otros países.

Protección a la maternidad.

El Parlamento Federal ha aprobado la Ley sobre protección física y económica de las trabajadoras madres. Los beneficios de la Ley alcanzan a las obreras que realizan su trabajo por cuenta ajena, concediéndose una indemnización de la mitad del jornal durante el período de descanso previo al parto y seis semanas después de éste, sin que su cuantía pueda ser inferior a tres marcos diarios.

Creación del Instituto Federal de Colocación y Seguro contra el Paro.

Creado por Ley de 10 de marzo, correspondió a dicho Organismo, además de la competencia que indica su propia denominación, el adiestramiento profesional y la asistencia a los trabajadores parados. Los Organos directivos del Instituto están integrados por representantes oficiales de los patronos y de los obreros, cuya representación tiene un plazo de cuatro años.

AUSTRALIA

En los años 1950-51 se han introducido, en la Ley de Seguridad Social de Australia diversas modificaciones. Las principales son las siguientes:

La pensión de vejez o de invalidez no se abonará a las personas que tienen bienes valorados en más de 1.000 libras, y la cuantía de dicha pensión será determinada por el Director general, según él considere suficiente y razonable, pero nunca excederá de 176 libras anuales.

La pensión de la esposa será la que indique el Director general, pero no excediendo de 78 libras anuales, y cuando ésta sea de tal cuantía que, sumada a la del marido, sea de vejez, invalidez o de guerra, dé una cantidad superior a 377 libras anuales, estas pensiones se reducirán en la cuantía del exceso.

El subsidio por hijos será de 29,13 libras anuales.

Dentro de los límites de la Ley, el tipo de pensión correspondiente a las viudas será en cada caso el que el Director general haya fijado como razonable y suficiente, atendidas todas las circunstancias del caso.

Podrá concederse un subsidio de maternidad por un nacimiento que tenga lugar a los doce meses de la llegada de una mujer a Australia, o a bordo de un barco que venga de Australia o un puerto de ese país; pero, a menos que el Director general esté seguro de que la mujer va a quedarse en Australia, el subsidio no será abonado hasta doce meses después de su llegada.

Dentro de los límites de la Ley, una persona que cuida de uno o varios niños o una institución encargada de la manutención de los niños tendrá derecho a recibir un subsidio por cada niño.

En el caso de un beneficiario que no sea una institución, el tipo de subsidio será:

a) de 5/— semanales, cuando el beneficiario tenga a su cargo un solo hijo;

b) de 5/— por el primero y 10/— por cada uno de los otros, en los demás casos.

Si el beneficiario es una institución, el tipo de subsidio será de 10/— semanales por cada niño internado en la institución.

No se abonará subsidio para un niño cuyo padre es (o si ha muerto lo era en el momento de su fallecimiento) extranjero, salvo en los casos siguientes:

- a) Si el hijo ha nacido en Australia;
- b) Si la madre es súbdita inglesa;
- c) Si el Director general juzga que el niño residirá en Australia con carácter permanente.

Cuando a causa de divorcio, separación o muerte de uno de los padres, no vivan en el mismo domicilio, podrá concederse, si el Director general lo estima oportuno, un subsidio igual al que se abonaría en caso de vivir juntos los niños, y lo percibiría la persona a cuyo cargo estén.

Mientras una persona sigue un curso de educación profesional, deberá abonársele un subsidio de rehabilitación de 5 libras y 5/— semanales, de acuerdo con lo dispuesto en la presente Ley, y se le suspenderá cualquier otra clase de pensión que recibiera anteriormente.

Además de los subsidios a que alude la presente Ley, el Director general puede ordenar que se abone un subsidio semanal de una libra al rehabilitado que esté casado y tenga a su cargo un niño menor de dieciséis años, durante todo el tiempo que dure la rehabilitación.

El Director general podrá, en nombre del "Commowearth", facilitar o hacer que se faciliten los libros, instrumentos de trabajo y demás cosas que se necesiten para llevar a cabo la rehabilitación o el tratamiento, hasta un coste máximo de 20 libras.

BELGICA

Seguro de Vejez y Supervivencia. - Resultados de aplicación en el período 1945-1951.

Número de beneficiarios.

| | 1945 | 1946 | 1947 | 1948 | 1949 | 1950 | 1951 |
|---------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| <i>Seguro obligatorio</i> | 111.274 | 174.336 | 243.133 | 267.351 | 284.401 | 295.447 | 306.027 |
| 1. Vejez | 65.053 | 96.644 | 144.385 | 153.474 | 163.745 | 170.219 | 176.801 |
| a) obreros .. | 61.543 | 89.449 | 134.083 | 142.183 | 150.620 | 153.770 | 159.411 |
| b) empleados. | 3.510 | 7.195 | 10.302 | 11.291 | 13.125 | 16.449 | 17.390 |
| 2. Supervivencia. | 46.221 | 77.692 | 98.748 | 113.877 | 120.656 | 125.228 | 129.226 |
| a) obreros .. | 36.348 | 64.906 | 84.285 | 97.795 | 103.132 | 105.780 | 108.605 |
| b) empleados. | 9.873 | 12.786 | 14.463 | 16.082 | 17.524 | 19.448 | 20.621 |

Gastos anuales (en millones de francos).

| | 1945 | 1946 | 1947 | 1948 | 1949 | 1950 | 1951 |
|---------------------------------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| <i>Seguro obligatorio</i> | 673,2 | 1.627,4 | 2.732,5 | 3.368,3 | 4.376,2 | 4.200,4 | 4.931,4 |
| 1. Vejez | 439,9 | 1.029,6 | 1.891,6 | 2.362,1 | 2.937,9 | 2.879,6 | 3.426,2 |
| a) obreros | 408,7 | 948,6 | 1.753,4 | 2.189,6 | 2.705,6 | 2.632,4 | 3.023,5 |
| b) empleados | 30,9 | 81,0 | 138,2 | 172,5 | 232,3 | 247,2 | 402,7 |
| 2. Supervivencia | 233,3 | 597,8 | 840,9 | 1.006,2 | 1.438,3 | 1.320,8 | 1.505,2 |
| a) obreros | 188,3 | 513,1 | 725,7 | 881,0 | 1.241,0 | 1.125,5 | 1.266,6 |
| b) empleados | 45,0 | 84,7 | 115,2 | 125,2 | 197,3 | 195,3 | 238,6 |

Los créditos solicitados para atender a los gastos de "Sanidad y Familia" ascendieron, en 1951, a 1.847.872.000 francos, y para 1952 se han presupuestado 1.903.325.000 francos.

Además, el presupuesto del Ministerio de Sanidad y la Familia, para el ejercicio de 1952, prevé un crédito de 150 millones de francos para permitir la realización de la tercera rama del plan del Departamento, que se refiere a la modernización del equipo nacional de los hospitales. Según los datos que se poseen en la actualidad, debería reservarse una cantidad igual a 120 millones para terminar las obras que se están llevando a cabo (25 hospitales y maternidades con unas 3.600 camas), y 30 millones para nuevas construcciones (15 centros con unas 1.250 camas).

Quando estén terminados los trabajos que se están realizando, el número de camas totalmente modernizadas o instaladas llegará a 3.518.

Si a esto añadimos los proyectos de 1952, se llegará a la cifra de 5.000 camas.

Un Real decreto de 6 de diciembre de 1950 regula la concesión de subsidio a las Universidades para pagar los gastos de la enseñanza e investigación científica en los hospitales universitarios. Esta concesión se hace con sujeción a ciertas normas, y los créditos se reparten entre las cuatro Universidades.

Fomento de la enseñanza profesional en el Congo Belga.

El Gobierno General del Congo Belga, para fomentar la enseñanza profesional y la creación de técnicos indígenas, ha publicado un programa de enseñanza profesional, que considera el mejor medio para la expansión de la economía colonial.

El programa prevé el establecimiento de: a) cursos técnicos diurnos

y nocturnos, por secciones industriales, para proporcionar una formación profesional básica; b) cursos profesionales diurnos y nocturnos, para dar al alumno una formación profesional que responda a las necesidades locales y regionales, haciendo de ellos trabajadores aptos para prestar los mejores servicios desde el momento en que abandonan la escuela; c) cursos intensivos de formación profesional, con arreglo a las necesidades que presenta la industria; d) cursos de instrucción, para crear personal docente indígena; e) Comisiones integradas por representantes de las industrias, funcionarios y misioneros, siempre que se inauguraran nuevas escuelas.

Estas Comisiones estarán encargadas del estudio, la orientación y el perfeccionamiento de la enseñanza profesional.

CANADA

Ley de Subsidio de Vejez.

En su V Sesión de 1951, el Parlamento del Canadá aprobó una Ley llamada de Seguridad para la Vejez.

Esta Ley concede una pensión de 40 dólares mensuales a los ancianos que hayan cumplido los setenta años y reúnan las condiciones estipuladas por la Ley.

El pago de las pensiones comenzará a primeros del mes siguiente a su concesión, y continuará durante toda la vida del pensionista, cesando el mismo mes de su fallecimiento.

Esta pensión podrá ser suspendida si el pensionista se ausenta del Canadá, si sufre condena por cualquier delito, o si no cumple convenientemente las condiciones que indica la Ley.

Estas pensiones no son contributivas, y sus recursos provienen de impuestos especiales creados por el Estado, que se abonan en forma de recargo sobre el precio de los artículos indicados en la Ley de Tasas.

Además, todo ciudadano que tiene que abonar Impuesto de utilidades deberá también pagar el "Impuesto de Seguro de Vejez".

La administración de la Ley será confiada al Ministro de Sanidad y Bienestar Nacional, que anualmente presentará ante el Parlamento un informe sobre los ingresos y gastos efectuados durante el año.

Aumento de solicitudes para las pensiones de vejez.

En el mes de diciembre de 1951, las solicitudes para la pensión federal de vejez se presentaban en el Ministerio de Sanidad Nacional

y Bienestar Social, al ritmo de unas 7.000 semanales. A mediados de dicho mes, más de 19.000 personas, que cumplirán los setenta años a partir de enero, habían presentado ya su solicitud. Se reciben las instancias hasta los sesenta y nueve años y medio cumplidos.

Los servicios administrativos están montados de tal forma, que permiten estudiar la documentación y hacer los trámites necesarios en el tiempo suficiente para que el solicitante pueda percibir su pensión al cumplir los setenta años.

Aumenta el número de accidentes mortales.

En el curso del año civil 1951, se registraron 1.469 accidentes mortales del trabajo; es decir, 126 más que en el año anterior.

El número total de accidentes mortales y no mortales registrados en las Comisiones provinciales de indemnización de accidentes del trabajo aumentó de 415.170, en 1950, a 454.000, en 1951.

El número de accidentes se reparte entre las causas siguientes:

| | |
|---------------------------------------|-----|
| Trenes y vehículos en marcha..... | 513 |
| Automóviles y vehículos a motor..... | 279 |
| Enfermedades profesionales..... | 153 |
| Caída de objetos..... | 203 |
| Caídas en general..... | 164 |
| Manejo de substancias peligrosas..... | 157 |

Tanto por ciento de los accidentes en las industrias en los años 1950 y 1951.

| | 1950 | 1951 |
|-----------------------|--------|--------|
| Transporte..... | 15,6 % | 17,3 % |
| Manufacturas..... | 19,4 % | 16,5 % |
| Minas y canteras..... | 13,5 % | 13,4 % |
| Bosques..... | 12,5 % | 12,9 % |

Modificación de la Ley sobre Seguro de Paro.

El Ministro de Trabajo ha presentado a la Cámara de los Comunes un proyecto de Ley que modifica parcialmente el actual régimen del Seguro de Paro. Las prestaciones se aumentan para ciertas categorías de personas; el período de espera se reduce de ocho a cinco días, y, por último, se aumenta en quince días el período de concesión de las prestaciones suplementarias. El resto de las modificaciones a que se refiere el proyecto tienden a aclarar la Ley y a facilitar su ejecución.

DINAMARCA**Estadística del paro.**

A partir del mes de mayo de 1951, el paro ha alcanzado mayores proporciones que en el período correspondiente al año 1950.

El promedio de parados, entre los 650.000 trabajadores cubiertos por el Seguro, alcanzó en 1950 la cifra de 8,7, y de 9,7, en 1951. Especialmente durante los últimos meses de 1951, la proporción de trabajadores parados fué mucho más elevada que la normal registrada en los últimos años.

Este fenómeno ha dado lugar a la hipótesis de que el paro es debido a una disminución efectiva de las posibilidades de empleo.

En noviembre de 1951, el número de trabajadores parados fué más elevado que en el mismo período de todos los años transcurridos desde el final de la guerra, como lo demuestran los datos siguientes:

| | | | |
|-------------------|-------|--------|----------|
| Noviembre de 1945 | | 64.700 | parados. |
| — | 1946 | | 38.500 |
| — | 1947 | | 44.000 |
| — | 1948 | | 50.200 |
| — | 1949 | | 61.500 |
| — | 1950 | | 48.200 |
| — | 1951 | | 70.000 |

El aumento de la producción industrial, que se ha podido observar casi sin interrupción desde 1945, parece haber cesado en la actualidad. Durante los once meses de 1951, la producción manteníase al mismo nivel que en los meses correspondientes de 1950, y a partir de mayo de 1951, los números índices han ido decreciendo gradualmente todos los meses en relación con los del año precedente.

ESTADOS UNIDOS**Estadística de accidentes de trabajo en el año 1951.**

En el curso del año 1951, hubo en los Estados Unidos de América 2.100.000 accidentes de trabajo; es decir, un 9 por 100 más que en el año anterior. Parte de este aumento se debe principalmente al mayor número de trabajadores en las industrias y al mayor número de horas de trabajo.

A continuación reproducimos un cuadro distribuidor, por causas de accidentes y número de los mismos.

| INDUSTRIAS | NUMERO TOTAL DE ACCIDENTES | | FATALES | | INCAPACIDAD PERMANENTE | | INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL | |
|---|----------------------------|-----------|-----------|-----------|------------------------|-----------|----------------------------|-----------|
| | Total (1) | Empleados | Total (1) | Empleados | Total (1) | Empleados | Total (1) | Empleados |
| | Todos los grupos..... | 2.100.000 | 1.650.000 | 16.000 | 11.700 | 91.000 | 72.000 | 2.000.000 |
| Agricultura..... | 330.000 | 60.000 | 4.000 | 1.000 | (2) | (2) | (2) | (2) |
| Minas y canteras..... | 75.000 | 70.000 | 1.200 | 1.100 | (2) | (2) | (2) | (2) |
| Construcción..... | 230.000 | 185.300 | 2.500 | 2.000 | 8.900 | 7.200 | 218.600 | 175.800 |
| Manufacturas..... | 510.000 | 500.000 | 2.700 | 2.600 | 25.200 | 24.700 | 482.100 | 472.700 |
| Servicios públicos..... | 21.000 | 21.000 | 300 | 300 | 600 | 600 | 20.100 | 20.100 |
| Comercio..... | 381.000 | 300.000 | 1.600 | 1.300 | 8.800 | 6.900 | 370.600 | 291.800 |
| Transporte..... | 186.000 | 168.000 | 1.400 | 1.300 | (2) | (2) | (2) | (2) |
| Finanza, servicios, gobierno e industrias varias..... | 388.000 | 345.000 | 2.300 | 2.100 | (2) | (2) | (2) | (2) |

(1) La diferencia entre el total de accidentes y el total de accidentes de empleados representa el número de accidentes ocurridos a los trabajadores independientes o a los trabajadores no cubiertos que trabajan en sus casas.

(2) Los datos están incluidos en el total general.

La edad de un tercio de los trabajadores es igual o superior a los cuarenta y cinco años.

Según datos publicados por la Oficina de Estadística Obrera de los Estados Unidos, los trabajadores de cuarenta y cinco años o más constituyen en la actualidad más del tercio de la población obrera.

El aumento de las ocasiones de empleo en la última gran guerra ha tenido como secuela normal un aumento sensible en la actividad obrera en las personas de cuarenta y cinco años y más. Este mismo efecto se ha hecho sentir en otros grupos de la población.

FINLANDIA

Préstamos de nupcialidad en 1951.

Durante este año fueron concedidos por el Ministerio de Asuntos Sociales 4.743 préstamos de nupcialidad, por valor de 150 millones de marcos. La cuantía máxima de los préstamos fué de 50.000 marcos; el promedio, de 31.750. Del importe total de los préstamos concedidos, 135.800.000 marcos se dieron en vales de compras, y el resto, en metálico.

Instituto de Higiene del Trabajo.

En Helsinki se creó recientemente un Instituto de Higiene del Trabajo. Comprende cinco secciones: administrativa, médica, de psicología, de fisiología y de prevención técnica de enfermedades profesionales. Este nuevo Instituto tendrá como fin principal el examen y perfeccionamiento de los métodos de higiene y de Medicina del trabajo; efectuar reconocimientos por cuenta de las autoridades o de instituciones particulares en todos los lugares de trabajo; secundar a las autoridades e instituciones que se ocupan en la protección de la salud de los trabajadores; establecer diagnósticos y atender a las personas que sufran de enfermedades profesionales; organizar y dar cursos de higiene del trabajo, de Medicina del trabajo y de Medicina social; contribuir, en colaboración con otras instituciones oficiales o particulares, a la definición de las nociones de higiene de trabajo y de higiene social.

El Instituto posee territorios, y está dotado de las instalaciones más modernas.

FRANCIA**Propuestas del Consejo Superior de Medicina del Trabajo y de la Mano de Obra.**

Este Consejo, reunido el 11 y 12 de enero del año actual, presentó al Ministro de Trabajo un Informe sobre la reorganización de la Inspección Médica del Trabajo, particularmente en lo relativo a la vigilancia médica especial de los trabajos sobre la preparación, el empleo y la manipulación de ciertos productos.

En dicho Informe, el Consejo hacía las propuestas siguientes:

- a) que el médico del trabajo, a quien pertenece declarar sobre el estado de aptitud laboral del trabajador, pueda, si así lo juzga oportuno, recurrir al examen psicotécnico para comprobar el grado de aptitud de los trabajadores en ciertos empleos de seguridad;
- b) que estos exámenes se realicen en laboratorios autorizados por el Ministerio del Trabajo;
- c) que los médicos del trabajo puedan disponer de todos los datos oportunos sobre los casos que exigieran un examen psicotécnico; pueda llegar hasta la incapacidad.

Según el Informe, los resultados del examen no deberán en ninguno de los casos llegar al licenciamiento, ni siquiera al desplazamiento profesional.

Modificaciones en la Ley de Seguridad Social.

En el debate sobre la Seguridad Social, que tuvo lugar recientemente en la Asamblea francesa, fueron discutidas y aprobadas gran número de enmiendas relativas a los artículos 12-19 de la Ley de Seguridad Social, en las que se trató de puntos tan interesantes como la participación financiera de las Cajas de Seguridad en la construcción y amueblamiento de los establecimientos sanitarios; la represión del abuso de permanencia en los hospitales; la concesión de medicamentos a colectividades y organismos de la Seguridad Social; la situación del cónyuge que participa en la actividad de un trabajador no asalariado, etcétera.

Asimismo, fué aprobado el artículo 22 de dicha Ley, por el que se eleva el tope de las cotizaciones de la Seguridad Social a 456.000 francos anuales; es decir, 38.000 francos mensuales.

Por el artículo 23, se crea un Fondo Nacional de Subsidios de Vejez para la Agricultura, destinado a financiar la organización autónoma de las profesiones agrícolas.

En el artículo 23, apartado cuarto, se fija la cuantía del tipo de cotización, que no podrá ser inferior a la mitad del tipo mínimo del subsidio a los viejos trabajadores asalariados.

**Déficit de la Seguridad Social,
43.000.000.000 de francos.**

Los resultados provisionales de la Seguridad Social del ejercicio correspondiente al año 1951 denotan una sensible mejora sobre los del año anterior. El déficit total del año 1951, que estaba calculado en 56.000 millones de francos, fué solamente de 43.000 millones. El Seguro de Accidentes equilibró sus gastos e ingresos; las prestaciones familiares tuvieron un excedente de 9.000 millones de francos, cuando el cálculo previsto era un déficit de 9.000 millones. Las disponibilidades de la Seguridad Social pasaron de 6.405 millones de francos, en agosto de 1951, a 35.000 millones, en febrero del presente año, debido principalmente a los 29.000 millones que anticipó el Tesoro Nacional a la Seguridad Social.

El progreso en la organización de las diferentes Cajas se debe no tanto a la reducción en los gastos como al aumento en los ingresos, que fueron 638.000 millones de francos, en lugar de 583.000 millones previstos, debido principalmente al alza y constancia de los salarios, al mantenimiento de la ocupación continua y a la duración real del trabajo, de más de cuarenta y cinco horas semanales.

Este aumento en los ingresos se atribuye asimismo a la amnistía otorgada a los deudores morosos por la Ley de 1 de septiembre de 1951 y a los progresos realizados por las Cajas en su organización administrativa, que hace más difícil el fraude en las cotizaciones.

Estas mejoras tienen por contrapartida la disminución del valor real de las prestaciones, que no han sufrido alza alguna desde hace mucho tiempo, y que si fueran atendidas, tal como lo reclaman justificadamente los asegurados, aumentaría aún más el déficit ya existente.

Para la solución de estos problemas, el Gobierno ha prometido, para antes de tres meses, la presentación de un proyecto de reforma.

*Ingresos y gastos de la Seguridad Social para el año 1951.***SEGURIDAD SOCIAL (profesiones no agrícolas)**

| | |
|------------------------------------|----------------------|
| Ingresos..... | 300.000.000.000 frs. |
| Gastos..... | 343.000.000.000 frs. |
| repartidos en la forma siguiente : | |
| Vejez..... | 134.000.000.000 |
| Enfermedad..... | 125.000.000.000 |
| Enfermedad prolongada..... | 29.000.000.000 |
| Maternidad-Invalidez-Muerte..... | 26.000.000.000 |
| Administración. - Varios..... | 29.000.000.000 |
| Déficit..... | 43.000.000.000 frs. |

Accidentes del trabajo.

| | |
|---------------|---------------------|
| Ingresos..... | 44.000.000.000 frs. |
| Gastos..... | 44.000.000.000 frs. |

Prestaciones familiares.

(Asalariados, empleados, trabajadores independientes)

| | |
|----------------|----------------------|
| Ingresos..... | 294.000.000.000 frs. |
| Gastos..... | 285.000.000.000 frs. |
| Excedente..... | 9.000.000.000 frs. |

Se eleva el salario límite para el cálculo de las cotizaciones de la Seguridad Social.

El salario máximo para el cálculo de las cotizaciones de la Seguridad Social ha sido fijado, por Ley y Decreto de 14 de abril de 1952, en 456.000 pesetas anuales.

Según el período de tiempo, dicho tope será:

- 114.000 pesetas, si el salario está calculado por trimestres.
- 38.000 pesetas, si el salario está calculado por meses.
- 19.000 pesetas, si el salario está calculado por medios meses.
- 17.450 pesetas, si el salario está calculado por cada dos semanas.
- 12.670 pesetas, si el salario está calculado por cada diez días.
- 8.770 pesetas, si el salario está calculado por semanas.
- 1.750 pesetas, si el salario está calculado por días.
- 880 pesetas, si el salario está calculado por un período de tiempo inferior a cinco horas diarias.

Mejora de las prestaciones familiares en la agricultura.

Por una reciente disposición, las prestaciones familiares concedidas en el régimen agrícola serán calculadas sobre el mismo salario base que el establecido para los obreros del régimen general.

GRAN BRETAÑA

Edad de retiro de los funcionarios.

La edad de retiro de los funcionarios británicos ha sido fijada en los sesenta y cinco años, en lugar de los sesenta, como era anteriormente.

Sin embargo, el retiro a los sesenta años es facultativo, y los funcionarios de más de esta edad, que en las pruebas sucesivas a que se les someta después de cumplida den un "rendimiento aceptable", podrán continuar en su empleo.

Se crea un Comité para el empleo de los ancianos.

El Ministerio de Trabajo y del Servicio Nacional ha creado un Comité para la ocupación de los hombres y las mujeres ancianos.

La proporción de personas ancianas, con relación al total de la población, aumenta constantemente.

A principios del siglo, apenas había diez personas por cada cien que excedían la edad actual del retiro: sesenta y cinco años para los hombres y sesenta para las mujeres.

En la actualidad, este tanto por ciento alcanza el 20, y en menos de una generación llegará hasta el 30.

Reforma del Servicio Social Sanitario.

Se ha aprobado la reforma del Servicio Nacional Sanitario, por la que habrán de pagar los asegurados una parte del valor de ciertas prestaciones que hasta ahora tenían carácter completamente gratuito.

En adelante se pagará un chelín por cada receta, sea cual fuere su valor, y los servicios odontológicos tendrán una tarifa variable, según el tratamiento, que podrá llegar hasta una libra.

Las instituciones de protección a la infancia podrán establecer también una tarifa por los servicios que concedan, y se aumentarán los precios actuales de las habitaciones particulares en los hospitales.

Aumento de las cotizaciones y de las prestaciones del Seguro Nacional.

Un proyecto de Ley, de 25 de abril del presente año, fija nuevas mejoras en las prestaciones del Seguro Nacional y el Seguro de Accidentes, así como nuevos tipos de cotización para los mencionados Seguros.

En dicho proyecto se propugna la unificación de prestaciones en el Seguro Nacional y de los tipos de las pensiones, eliminando las diferencias existentes en los tipos base para la concesión de pensiones a las personas que hubieren alcanzado la edad de retiro antes y después del 1 de octubre de 1951.

Según este proyecto, las prestaciones del Seguro Nacional, en las que están incluidas las de paro, enfermedad y viudedad, así como las pensiones de vejez, son mejoradas, pasando de 26 chelines semanales para los solteros, y 42 para los casados, a 32 chelines 6 peniques y 54 chelines, respectivamente.

El suplemento del Fondo del Seguro Nacional ha sido calculado en ocho millones de libras; el del Seguro de Accidentes, en 600.000 libras, y el del Seguro de Paro, en un millón de libras.

El coste inicial de las prestaciones del Seguro Nacional será de 59 millones de libras, y el del Seguro de Accidentes, de 3.500.000 libras.

El aumento que suponen en los ingresos del Seguro Nacional las nuevas cotizaciones de los patronos y de los trabajadores ha sido calculado en 2.800.000 libras para el Seguro de Accidentes, y 61 millones, para el Seguro Nacional.

El tipo de cotización para las personas mayores de dieciocho años será de 5 chelines 9 peniques semanales por parte del trabajador, y 5 chelines por parte del patrono. Para los trabajadores independientes mayores de dieciocho años será de 7 chelines 5 peniques semanales.

Por el mismo proyecto se mejora también considerablemente la cuantía del subsidio familiar, pasando de 5 a 8 chelines semanales.

Dicha mejora repercutirá sobre el presupuesto nacional, que se verá así recargado con un coste anual de 39 millones de libras, menos 1.250.000, de la Asistencia nacional.

GRECIA**Reforma de los Seguros sociales.**

La Ley sobre Seguros sociales, de 14 de junio de 1951, modifica las Leyes anteriores, de 1934 y 1945, y extiende su aplicación, además de a los trabajadores mencionados en las Leyes de 1934 y 1945, a los del servicio doméstico, a los de temporada, a los agrícolas y a los habitantes del Dodecaneso.

Las prestaciones son de dos especies: económicas y sanitarias.

El período de espera para adquirir el derecho a las prestaciones sanitarias ha sido fijado en cien días de ocupación durante el año civil, y el período de carencia ha sido rebajado de cinco a tres días.

La prestación económica es igual al 50 por 100 del salario, más el 10 por 100 por cada persona a cargo, pero en ningún caso la prestación podrá exceder el 70 por 100; es decir, 35.000 dracmas diarias.

La mujer trabajadora tiene derecho, en caso de maternidad y previo cumplimiento de los períodos de espera de cien días, los dos años anteriores a la fecha del alumbramiento, a una prestación máxima por día de 70.000 dracmas durante ochenta y cuatro días, cuarenta y dos antes y cuarenta y dos después del alumbramiento.

El período de espera para adquirir el derecho a las prestaciones médicas ha sido fijado en cincuenta días de trabajo durante el año civil o en el curso de los quince meses anteriores a la fecha de la declaración de la enfermedad. Las personas a cargo del asegurado se beneficiarán, además de la asistencia médica completa, de la hospitalización.

El período de espera prescrito para adquirir el derecho a las prestaciones del Seguro de Paro ha sido rebajado a ciento cincuenta días de trabajo durante el año anterior al cese en el mismo. Las prestaciones de paro se pagan a partir del décimosexto día de paro, hasta un máximo de ciento ochenta días. La cuantía de la prestación es igual a la de enfermedad.

Se concede la pensión de invalidez cuando la incapacidad permanente es superior al $66 \frac{2}{3}$ por 100 de la capacidad laboral del asalariado; cuando ésta queda reducida entre el $33 \frac{2}{3}$ y el $66 \frac{2}{3}$ por 100 se concede una "prestación de readaptación" durante un período de dos años. La edad de retiro ha sido fijada a los sesenta y cinco años para los hombres, y sesenta para las mujeres.

El período de espera para adquirir el derecho a las pensiones de invalidez, de vejez o de supervivencia ha sido fijado en un total de dos mil quinientos días de trabajo, o de cien días anuales de trabajo en cada uno de los cinco últimos años de ocupación. Cuando la inva-

lidez o la muerte se produce como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional no es requisito necesario para la adquisición del derecho a la pensión el mencionado período de espera.

Las pensiones de invalidez y de vejez son iguales al 80 por 100 del salario medio de la categoría a que pertenece el asegurado, más un suplemento del 10 por 100, igual a la diferencia entre el salario medio de la primera categoría de salarios y el de la categoría a que pertenecía el beneficiario. La cuantía máxima de la pensión no podrá exceder las 225.000 dracmas mensuales. El pensionado tiene derecho a una mejora del 50 por 100 por la mujer; el 20, por el primer hijo; el 15, por el segundo, y el 10, por el tercero.

La pensión de invalidez no podrá ser inferior al 60 por 100 del salario base del asegurado; la de viudedad es igual al 80 por 100 de la pensión del cónyuge, y la de orfandad, al 60 por 100.

La cotización de los Seguros sociales, que son administrados por el I. K. A. (Idoyma Koinonikon Asfaliseon) (Instituto Central de Seguros Sociales), es igual al 19 por 100, repartido de la forma siguiente: el 14 por 100, a cargo del patrono, y el 5 por 100, a cargo del trabajador, o por Seguros: el 2 por 100, por Enfermedad; el 7,5 por 100, por Asistencia médica; el 2 por 100, por el Seguro de Paro, y el 7,5 por 100, por el Seguro de Pensiones.

Para completar los Seguros sociales generales han sido preparados diversos proyectos de ley para el establecimiento de los Seguros sociales agrícolas.

Dichos proyectos prevén primeramente la creación de los Seguros de Enfermedad y Maternidad; después, el establecimiento de los de Invalidez y Vejez, y, finalmente, la creación de un Seguro especial destinado a proteger los agricultores contra la pérdida parcial o total de los ingresos.

HOLANDA

Las cargas sociales.

Los salarios directamente percibidos por los obreros constituyen solamente una parte de sus ingresos. La otra parte está constituida por las cargas sociales.

Según los datos publicados el 11 de septiembre, por A. J. R. Maurihz, Director de la C. S. W. V. holandesa, las cargas sociales se repartían en la forma siguiente:

1938

| | | | |
|---------------|--------------|-----------------|--------------|
| Patronos..... | 8,15 por 100 | Trabajadores... | 0,85 por 100 |
|---------------|--------------|-----------------|--------------|

1951

| | | | |
|---------------|--------------|-----------------|-------------|
| Patronos..... | 27,1 por 100 | Trabajadores... | 2,8 por 100 |
|---------------|--------------|-----------------|-------------|

En estos tantos por ciento no van incluidas las cotizaciones del Seguro de Pensiones, que son el 1,5 por 100 de la nómina por cada una de las partes: la patronal y la trabajadora.

Sin embargo, teniendo en cuenta toda clase de cotización abonada por patronos y trabajadores, el tanto por ciento cotizado se aproxima al 32 por 100 para los patronos, y al 8 por 100 para los trabajadores.

Un número considerable de trabajadores no está incluido en los Seguros sociales y demás instituciones de garantía, lo que ha obligado a la creación de fondos de beneficencia. Están incluidos en estos fondos de beneficencia todos los trabajadores cuyos ingresos son superiores a 375.000 frcs. anuales. Su Seguro de Enfermedad les cuesta el 0,45 por 100 de los salarios.

El número de accidentes de trabajo en Holanda oscila entre el 1,7 y 1,8 por 100, cifra verdaderamente baja, debido principalmente a la clase de industrias del país.

La cotización de los Subsidios familiares es igual al 5,30 por 100 de los salarios, concediendo 44 frcs. por día por cada uno de los dos primeros hijos; 48, por el tercero, y 60, por cada uno de los sucesivos.

Las cargas por vacaciones, doce días anuales, y días feriados, seis días al año, representan el 8 por 100 de los salarios.

Las Cajas de los Seguros sociales, aunque controladas por el Estado, son de iniciativa privada, unas veces de los Sindicatos; otras, de ciertos grupos patronales. Los trabajadores están libres de afiliarse.

Los Seguros de Paro cubren hasta el máximo de 1.000 frcs. diarios, el 80 por 100 de los salarios. En el paro parcial, las cotizaciones están pagadas a medias por patronos y trabajadores. En el paro total, el Estado participa con el 50 por 100, y el otro 50 por 100 lo cubren a medias patronos y trabajadores.

Emigración.

El elevado tipo de la natalidad en este país y las limitadas posibilidades para aumentar el territorio, y para la industrialización, indujeron al Gobierno a prestar mayor atención al problema de la emigración en gran escala. El aumento de esta emigración depende del Ministro de Asuntos Sociales y Sanidad Pública.

Los que deseen emigrar deben solicitarlo de las Oficinas de Colocación o de las Organizaciones privadas designadas para admitir esta clase de solicitudes. La mayoría de estas Organizaciones privadas están constituidas sobre la base de principios religiosos.

La Organización semioficial Fundación Holandesa de Emigración (Stichting Landverhuizing Nederland) toma a su cargo todos los trámites hasta la llegada de los emigrantes a su destino. Además del Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad Pública, intervienen también otros Ministerios en distintos aspectos de la emigración; así, por ejemplo, el contacto con los Gobiernos de los países de emigración, la influencia de la emigración sobre el mercado de trabajo en Holanda, la ayuda financiera a los emigrantes y su transporte por mar y aire.

Para establecer un centro de coordinación, el Gobierno nombró, el 4 de enero de 1951, un Comisario de Emigración, que depende directamente del Ministro de Asuntos Sociales y Sanidad Pública. Bajo su dirección funcionan varios sistemas de emigración con Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Brasil y Africa del Sur; otros proyectos están pendientes de estudio.

El 27 de julio de 1951 se presentó a la Segunda Cámara de los Estados Generales un Proyecto de Organos de Emigración. Dicho Proyecto tiene por objeto establecer un nuevo sistema o una nueva organización que permita una más estrecha y equilibrada cooperación entre el público y las entidades privadas interesadas en la emigración, para conseguir que toda la maquinaria administrativa con ella relacionada funcione más fácil y eficazmente.

En el siguiente cuadro se demuestra que el número de los que abandonan el país para ir a los de emigración aumenta de año en año. El número total de emigrantes en el primer semestre de 1951, que ascendió a 22.454, batió la marca de todo el año 1950. Las cifras del cuadro se refieren al periodo comprendido entre los años 1946 y 1951, inclusive.

Estadística de emigración.

| Países de emigración | 1946 | 1947 | 1948 | 1949 | 1950 | 1951 |
|--|------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| • Canadá | 9 | 2.361 | 6.899 | 6.856 | 7.033 | 18.604 |
| Australia | 23 | 95 | 867 | 1.619 | 9.268 | 10.494 |
| Nueva Zelanda | — | 8 | 95 | 101 | 503 | 3.187 |
| Estados Unidos | 369 | 2.910 | 3.128 | 2.605 | 2.883 | 2.262 |
| Africa del Sur | 16 | 1.062 | 2.340 | 2.021 | 1.153 | 2.588 |
| Brasil | 40 | 140 | 135 | 407 | 281 | 206 |
| Argentina | 12 | 57 | 194 | 137 | 108 | 132 |
| Otros países, excepto los europeos | 35 | 183 | 179 | 217 | 101 | 132 |
| <i>Total</i> | 504 | 6.816 | 13.837 | 13.963 | 21.330 | 37.605 |

INDIA**Prestaciones de enfermedad, maternidad y accidentes.**

El 24 de febrero de 1952 fué aprobada una Ley, por la que se conceden a más de 2.500.000 trabajadores de fábricas las prestaciones de enfermedad, accidente y maternidad.

Dicha Ley, que entró en vigor, por el momento, en los Estados de Nueva Delhi y de Kampur, se hará extensiva posteriormente a todas las categorías de trabajadores, incluidos los de la agricultura.

Según dicha Ley, los trabajadores de fábrica tendrán derecho a la asistencia médica y a la hospitalización gratuita, y recibirán prestaciones en especie por el tiempo que dure la incapacidad. La cuantía de esta última estará valorada en las siete dozavas partes del salario.

Las prestaciones de enfermedad y de maternidad son proporcionales a las cotizaciones abonadas por los patronos y los trabajadores.

A la muerte del trabajador, sus derechohabientes recibirán una pensión por el tiempo que duren sus necesidades.

Los patronos y los trabajadores deberán abonar una cotización a la Comisión encargada de la aplicación del Seguro.

Sin embargo, los trabajadores con salarios ínfimos están dispensados de la misma.

La cuantía de la cotización patronal es igual al 1,25 por 100 de la nómina. El coste de la Asistencia médica de los servicios de higiene, que dependerán del Gobierno de cada Estado, correrá a cargo de aquél y de la Comisión en uno y dos tercios, respectivamente.

El Gobierno central desembolsará las dos terceras partes del coste de aplicación de la Ley durante los cinco primeros años.

El campo de aplicación de la Ley se hará extensivo posteriormente al Punjal.

ISRAEL

Nuevo proyecto de Ley de Seguros sociales.

El Ministro de Trabajo ha presentado al Knesset (Parlamento de Israel) un nuevo Proyecto-ley de Seguros sociales, que comprende los Seguros de Vejez, de Vida y de Maternidad, a los que hay que añadir el Seguro de Accidentes, no existente en el anterior Proyecto.

El programa de los Seguros se desenvuelve en un régimen de cotizaciones administrado por una Corporación nacional de Seguros, compuesta por representantes del Estado, de los patronos y de los trabajadores.

Los trabajadores independientes podrán afiliarse si así lo desean.

El Seguro de Vejez se extiende a todos los trabajadores mayores de dieciocho años.

Las personas aseguradas durante diez años o más tendrán derecho a un suplemento del 2 por 100 del subsidio base por cada año asegurado, hasta un máximo del 50 por 100 de la pensión.

Las viudas y los hijos huérfanos tendrán derecho a la pensión, siempre que el asegurado lleve, en el momento de la muerte, dos años de afiliación.

Los hijos a cargo tendrán derecho a la pensión hasta la edad de catorce años, o de dieciocho, si estudian.

El período de maternidad pagado ha sido ampliado hasta doce semanas, en lugar de ocho, como anteriormente.

La Caja del Seguro de Accidentes, a la que deberán cotizar todos los patronos, se hará cargo de la asistencia médica, de la readaptación y de la reeducación, si ésta fuera necesaria, del accidentado.

Los accidentados tendrán derecho, durante veintiséis semanas, al 75 por 100 de su salario normal. Si la invalidez se prolongara, dicho tanto por ciento sería sustituido por un subsidio de invalidez hasta la vuelta al trabajo del accidentado.

Los tipos de cotización serán los siguientes:

Seguro de Accidentes: Patronos, el 1,50 por 100 de la nómina.

Seguro de Vejez: Patronos, 1,50 por 100 de la nómina; trabajadores, 1 por 100 de los salarios.

Seguro de Maternidad: Patronos, 0,3 por 100 de la nómina; trabajadores, 0,30 por 100 de sus salarios; el Estado, el 0,50 por 100.

Se calcula en 500.000 el número de personas que se beneficiarán del programa en su primer año de aplicación.

ITALIA

Se extiende el Seguro de Enfermedad al personal del servicio doméstico.

Por la Ley de 18 de enero de 1952, ha sido hecho extensivo el Seguro de Enfermedad a todos los trabajadores adscritos a los servicios personales y domésticos cuyo trabajo tiene carácter de continuidad y prevalencia—cuatro horas al día como mínimo—con un patrono y con retribución económica o en especie.

Se entiende por trabajadores adscritos al servicio personal o doméstico: las personas de ambos sexos que prestan sus servicios a cualquier título que sea, para el servicio de la vida familiar.

Los servicios sanitarios a que tienen derecho, y de los cuales están excluidos los familiares de estos trabajadores, son los siguientes:

- a) asistencia sanitaria general domiciliaria y ambulatoria;
- b) asistencia de especialistas, ambulatoria;
- c) asistencia farmacéutica;
- d) asistencia de hospital;
- e) asistencia de obstetricia.

El asegurado tiene derecho a estas prestaciones, siempre que haya iniciado su trabajo seis meses, como mínimo, antes de la fecha en que es dado de baja, aunque no hubiera cubierto doce cotizaciones semanales de las veinticuatro posibles.

La cuantía de la cotización, que corre a cargo del patrono, es de 130 liras semanales.

El trabajador tiene derecho a las prestaciones que concede el Instituto, aun cuando en el momento de caer enfermo el patrono no hubiere cumplido con su obligación de aplicación al Seguro.

Tanto el Instituto como el enfermo no asegurado tienen derecho de reclamación contra el patrono.

Mejora de las prestaciones por accidentes.

Una Ley de 11 de enero de 1952 ha introducido modificaciones en las prestaciones económicas a los accidentados, de las cuales reproducimos las más importantes.

En caso de incapacidad permanente total, y cuando el inválido necesita una persona para ayudarle continuamente, se le concederá una pensión mensual adicional de 15.000 liras durante todo el tiempo que necesite esa asistencia.

Si el accidentado fallece, la viuda percibirá una indemnización de 50.000 liras si no tiene hijos; en caso de dejar hijos menores, se aumentará la indemnización hasta 60.000 liras. Si al morir deja solamente un huérfano, la indemnización ascenderá a 40.000 liras.

La retribución mínima anual de 120.000 liras y la máxima de 270.000, que señalaba la Ley de 3 de marzo de 1949, se aumenta, respectivamente, a 135.000 y 300.000 liras.

A partir del 1 de julio de 1950, las pensiones mensuales de 3.000 y 7.000 liras, previstas por la Ley de 3 de marzo de 1949, para los accidentados del trabajo, así como para los inválidos titulares de pensiones vitalicias constituidas con arreglo a la Ley de 13 de mayo de 1929, se aumentarán, respectivamente, a 6.000, 12.000 y 18.000 liras. Se aumentará la pensión a 25.000 liras en el caso de los inválidos que padezcan incapacidad permanente absoluta y necesiten una asistencia personal constante, de acuerdo con la presente Ley.

Las disposiciones contenidas en la presente Ley se aplicarán también a los trabajadores dependientes de los Ministerios de Transportes, de Correos y Telecomunicación, y a los de la Navegación Marítima y Pesca.

* * *

Una Ley de 4 de abril de 1952 ha fijado las nuevas cotizaciones para las pensiones de vejez, invalidez y supervivencia.

Las que tienen que abonar los asegurados por cada semana de trabajo se fijan en nueve liras para los trabajadores cuyos ingresos no pasan de 2.500 liras (clase 1.^a), y van aumentando hasta llegar a 56 liras, que deben pagar los trabajadores de la clase 13, cuyos ingresos mínimos ascienden a 27.700 liras.

Para los asalariados fijos de la agricultura, el tipo anual de cotización será:

| | Seguro de vejez, invalidez y supervivencia | Seguro de tuberculosis | Asistencia a huérfanos de trabajadores |
|--|--|---------------------------|---|
| Hombres..... | 312 | 52 | 52 |
| Mujeres y jóvenes de edad comprendida en los 14 y los 18 años..... | 260 | 52 | 52 |

Para los eventuales de la agricultura, el cuadro siguiente indica el tipo de cotización:

| | Seguro de vejez, invalidez y supervivencia | Seguro de tuberculosis | Asistencia a huérfanos de trabajadores |
|--|--|---------------------------|---|
| Hombres..... | 2 | 0,20 | 0,40 |
| Mujeres y jóvenes de edad comprendida en los 14 y los 18 años..... | 1,50 | 0,20 | 0,20 |

Los trabajadores agrícolas autónomos y sus familiares abonarán anualmente 22 liras para el Seguro de tuberculosis, y otras 22, para la asistencia a los huérfanos de trabajadores.

Concesión del subsidio extraordinario de paro a los trabajadores del mar.

Un Decreto de 24 de marzo ha dispuesto la concesión de dichos subsidios a los trabajadores del mar, siempre que éstos se encuentren faltos de trabajo y se hayan inscrito en los turnos de colocación. Las prestaciones alcanzan la cuantía de 200 liras, más un suplemento por cargas familiares, todo ello durante un plazo máximo de noventa días.

LUXEMBURGO

Creación de la Caja de Pensiones para Artesanos.

El 21 de mayo de 1951 fué promulgada una Ley, por la que se establecía un régimen de Seguro de Pensiones para los artesanos, y se creaba una Caja de pensiones para la administración de dicho régimen. Dicha Ley concede las pensiones de vejez, invalidez y de supervivencia, y comprende a todos los artesanos con residencia en el país y a todas las personas que trabajan por cuenta propia, excepto a los

artesanos que tengan sesenta y dos años en la fecha de aplicación de la Ley.

Para tener derecho a cualquiera de las pensiones es necesario haber cumplido un período de espera de sesenta meses cubiertos por el Seguro, y cotizado ocho meses, como mínimo, por año. Los hombres tendrán derecho a la pensión de vejez al cumplir los sesenta y cinco años, y las mujeres, los sesenta y dos. Pero si el asegurado tuviera cuarenta y cinco o cincuenta y cuatro años de edad en el momento de afiliarse al Seguro, la edad de retiro sería entonces a los sesenta y seis años para los hombres, y sesenta y tres, para las mujeres, o sesenta y siete y sesenta y cuatro, respectivamente. Este retraso puede ser compensado con el pago de una prima suplementaria del 20 por 100 de la prima normal para las personas de cuarenta y cinco años; del 35 por 100, para las de cincuenta años, y del 60 por 100, para las de cincuenta y cuatro años.

Se concede la pensión de invalidez a los asegurados que, a consecuencia de lesión o enfermedad crónica, se vean en la imposibilidad de proseguir sus actividades habituales. Para no perder sus derechos a la pensión, el asegurado tiene la obligación de someterse a un tratamiento de reeducación profesional, durante el cual recibirá una pensión especial, que no podrá ser inferior al salario mínimo.

A la muerte del cónyuge asegurado o beneficiario de una pensión de vejez o de invalidez, la viuda, o el viudo incapacitado para el trabajo, tiene derecho a la pensión de supervivencia. Se pierde este derecho en los casos siguientes: a) cuando la muerte sobreviene durante el primer año de matrimonio, a menos que aquélla sea provocada por el mismo accidente, o que en el momento del fallecimiento del asegurado haya nacido, o haya sido concebido, algún hijo, fruto del matrimonio; b) cuando el asegurado, en el momento de contraer matrimonio, sea titular de una pensión de invalidez; c) cuando, judicialmente, se probara que la viuda provocó la muerte del marido.

Estas pensiones se pierden al contraer nuevas nupcias.

Los hijos legítimos menores de dieciocho años tienen derecho a estas pensiones, siempre que el padre, en el momento del fallecimiento, cumpla los requisitos exigidos. Estas mismas pensiones, a la muerte de una madre trabajadora asegurada, pasan a los hijos legítimos abandonados por el padre, o a los huérfanos de padre, y a los hijos naturales menores de dieciocho años.

Las pensiones de vejez y de invalidez se componen de una cantidad

fija de 12.000 francos anuales, más una mejora de 27, 34 ó 46 francos por cada cotización mensual.

Las pensiones de vejez o de orfandad son iguales a la mitad o a la cuarta parte de la pensión del asegurado.

La Caja de Pensiones se alimenta con las cotizaciones de los asegurados. Estas cotizaciones son de tres clases. La primera comprende a los asegurados con ingresos inferiores a 45.000 francos; la segunda, a los que cobran más de 45.000 francos y menos de 60.000, y la tercera, a los que superan esta cuantía.

Las cotizaciones mensuales son: 250 francos para la primera clase; 320, para la segunda, y 425, para la tercera.

Los gastos se reparten a medias entre el Estado y la Caja de Pensiones.

Esta está regida por una Comisión, y su Comité directivo se compone de los miembros elegidos en los diversos Seguros obligatorios y de los elegidos entre los propios asegurados.

SUECIA

Subsidios familiares durante los años 1950-1951.

Aunque la natalidad ha disminuído en los últimos años, el número de niños con derecho al subsidio familiar ha aumentado considerablemente desde su implantación, en 1948. Durante los años 1950 y 1951 se han pagado 445 y 452 millones de coronas a 1.710.000 y 1.740.000 niños, respectivamente.

A partir de 1952, los subsidios, que eran de 30 coronas, han ascendido a 290 coronas anuales.

SUIZA

Seguro de Accidentes y Enfermedades.

El Consejo Federal ha dirigido a la Asamblea un Mensaje público, relativo a la Ley federal sobre el Seguro de Enfermedad y Accidentes, en el sentido de elevar el límite de salario asegurable, la indemnización por gastos de sepelio y el límite de edad, a los efectos de la percepción de pensiones por los hijos del accidentado fallecido, edad que se fija en los dieciocho años, y en el caso de que al alcanzar dicha edad sea incapaz para el trabajo, hasta que se cumplan los setenta años des-

de el nacimiento del asegurado. Dicha Ley deberá entrar en vigor el 1 de enero de 1953.

* * *

El 22 de junio de 1951, Suiza aprobó un proyecto de Ley reglamentando el Seguro de Paro Federal, que entró en vigor el 1 de enero de 1952. Esta Ley aumenta las indemnizaciones y prolonga su duración.

Para tener derecho a la indemnización, el asegurado deberá estar capacitado para trabajar y haber sufrido una pérdida de ganancia igual a un día de trabajo. Cuando el paro surge por causa de un conflicto colectivo en la Empresa donde trabajaba el asegurado, la indemnización no será abonada mientras dure el conflicto y los doce días laborables siguientes.

Se suspenderá si el asegurado comete algún fraude en el abono de cotizaciones, o si se encuentra parado por su culpa.

El derecho a indemnización se adquiere cuando el asegurado ha estado afiliado en una Caja determinada durante seis meses y ha pagado sus cotizaciones durante todo ese tiempo. Además, el solicitante deberá justificar un mínimo de días de trabajo, que será fijado por Decreto.

Se concederá la indemnización por paro durante noventa días, como máximo, y ese tiempo podrá ser prorrogado en algunas regiones por el Consejo Federal.

Cada asegurado contribuirá a la Caja a la que está afiliado, salvo en circunstancias especiales, que indicará el Consejo Federal. Las cotizaciones serán proporcionales a los ingresos de los asegurados, pero no serán inferiores a 12 francos anuales por asegurado.

Los recursos contra las decisiones de las Cajas y las obligaciones de los asegurados podrán ser presentadas ante las autoridades cantonales que sean independientes de la administración cantonal.

Todo recurso contra las decisiones de la autoridad cantonal será presentado ante el Tribunal Federal de Seguro, y los conflictos entre cantones serán resueltos por el Consejo Federal.

TURQUIA

Accidentes del trabajo durante el período 1946-1950.

Según las estadísticas realizadas por las Empresas industriales que controlan el Banco Sumer, durante el período 1946-1950, el número

total de horas-hombre perdidas por accidentes del trabajo fué de 74.447, en 1946; 153.320, en 1947; 197.666, en 1948; 231.116, en 1949, y 191.984, en los nueve primeros meses de 1950.

Las pérdidas debidas a estos accidentes se calculan en 65.500 libras turcas, en 1946; 132.800, en 1947; 146.100, en 1948; 147.600, en 1949, 139.100, en los meses estudiados de 1950.

En concepto de compensación por los accidentes, se pagaron 14.025 libras turcas, en 1946; 32.997, en 1947; 44.752, en 1948; 67.948, en 1949, y 76.583, en los meses del año 1950.

INTERNACIONAL

Estadística de paro en el Extranjero.

| PAISES | Año 1939 | Año 1951 |
|----------------------|-----------|-----------|
| Estados Unidos | 9.480.000 | 1.578.000 |
| Francia..... | 418.413 | 90.675 |
| Italia..... | — | 1.670.220 |
| Japón | — | 350.000 |
| Reino Unido | 1.259.559 | 215.852 |
| Suecia | 63.722 | 11.934 |
| Suiza..... | 36.663 | 1.237 |

La V Asamblea General de la Asociación Médica Mundial.

En los días 15 al 20 de septiembre se celebró en Estocolmo la V Asamblea General de la Asociación Médica Mundial.

Asistieron representantes de 30 Asociaciones nacionales y unas 15 internacionales.

Se leyeron informes sobre: Tratamiento profiláctico y preventivo de la tuberculosis pulmonar. Las afecciones cardiovasculares, consideradas desde el punto de vista médicosocial, y la Psiquiatría preventiva y la sanidad mental.

La Asamblea aprobó el proyecto de convocar una "Conferencia Internacional sobre Enseñanza Médica", que podría tener lugar en Gran Bretaña el año 1953, y a la cual se invitaría a todas las Asociaciones internacionales interesadas.

Los asambleístas asistieron a una demostración de cirugía cardíaca, transmitida por televisión.

El X Congreso Internacional de Medicina del Trabajo.

Durante los días 9 al 15 de septiembre de 1951, se celebró en Lisboa el X Congreso Internacional de Medicina del Trabajo, al que asistieron 1.200 congresistas de 30 naciones.

Los trabajos del Congreso se dividieron en cuatro secciones: Aspectos Sociales de la Medicina del Trabajo, Higiene del Trabajo y Prevención de Accidentes, Patología del Trabajo y Medicina Industrial.

Los temas de las ponencias fueron: Problemas de profilaxis médica en el saturnismo, benzolismo y silicosis; Prevención de los accidentes del trabajo, el factor humano y la técnica; Un problema de la patología del trabajo, los cuerpos extraños; El médico de fábrica y aspectos sociales de la rehabilitación en la industria.

En la sesión de clausura se eligió Nápoles como sede del próximo Congreso.

Convenio general entre la República Federal de Alemania y Francia sobre la Seguridad Social.

El día 1 de enero de 1952 entró en vigor el Convenio general entre la República Federal Alemana y Francia sobre la Seguridad Social, firmado en París el 10 de julio de 1950, y ratificado en Francia por la Ley núm. 51-1091, de 2 de septiembre de 1951, y en la República Federal de Alemania, por la Ley de 18 de octubre de 1951.

Las legislaciones a que se aplica el Convenio son las siguientes:

- 1) El Seguro de Enfermedad, de Maternidad y Muerte (indemnización por gastos funerarios).
- 2) El Seguro de Accidentes y Enfermedades Profesionales.
- 3) El Seguro de Pensiones de los trabajadores, de los empleados y de los menores (Seguro de invalidez o incapacidad profesional, pensiones de vejez y por fallecimiento).

Este Convenio no se aplica al Seguro Social de estudiantes en Francia, ni al Seguro de Paro alemán.

Para tener derecho a las prestaciones del Seguro de Enfermedad se tiene en cuenta los períodos de Seguro cumplidos sucesivamente en los dos países.

Los miembros de las familias tienen derecho a las prestaciones

según la legislación del país donde residen. Las mismas disposiciones se aplican al Seguro de Maternidad.

Los beneficiarios de las prestaciones de vejez o de supervivencia que han obtenido la pensión en virtud de la acumulación de los períodos adquiridos en los dos países, tienen derecho a las prestaciones sanitarias del Seguro de Enfermedad del país donde residen.

Para tener derecho a las prestaciones económicas y en especie en caso de invalidez se acumulan los períodos de Seguro.

La pensión de invalidez se liquida conforme a las disposiciones de la legislación aplicables al interesado en el momento de la primera comprobación médica.

El cálculo de la cuantía de la pensión de invalidez varía según la duración del Seguro. La pensión de invalidez puede transformarse, a partir de los sesenta años, en pensión de vejez, bajo las condiciones previstas por la legislación en virtud de la cual le fué atribuida.

En las pensiones de vejez y supervivencia se acumulan o asimilan los períodos del Seguro del mismo modo que en las pensiones de invalidez.

La cuantía de la pensión de vejez y supervivencia se determina conforme a la legislación nacional del país de residencia.

Para la concesión de las prestaciones familiares se tendrá en cuenta los períodos cumplidos en ambos países.

En el Seguro de Accidentes y Enfermedades Profesionales no se aplicará la legislación de los derechos de los extranjeros.

Los aumentos y los pluses de revalorización o asignaciones complementarias son válidos. En caso de accidentes de trabajo o de enfermedades profesionales sucesivas, se tendrán en cuenta los accidentes o enfermedades sucesivos cuya reparación es o hubiera sido de la competencia de una u otra legislación.

El cáncer ocupa el segundo lugar de las causas de muerte por enfermedad.

La mortalidad por cáncer ha ido aumentando desde el principio del siglo.

En los Estados Unidos, que era del 64 por 1.000 en 1900, se ha elevado hasta el 135, en 1948, y ha llegado a ocupar el segundo puesto en la lista de las causas de muerte por enfermedad (antes figuraba en el octavo).

A continuación se exponen los casos de mortalidad por cáncer por cada 100.000 habitantes :

| | |
|--------------------------------------|-----|
| 1945 España..... | 69 |
| 1946 Italia..... | 92 |
| 1947 Holanda..... | 133 |
| 1946 Noruega..... | 137 |
| 1947 Suiza..... | 154 |
| 1948 Francia..... | 170 |
| 1947 Inglaterra y País de Gales..... | 186 |

Este aumento se explica por dos causas. Por una parte, el cáncer se descubre más fácilmente gracias a los procedimientos modernos, y, por otra parte, gracias al desarrollo de la Higiene y de la Medicina, se ha prolongado la vida, y, por consiguiente, existe un envejecimiento de la población.

Conferencia Internacional sobre Subsidios familiares.

En el pasado mes de abril se celebró en Zurich una Conferencia Internacional sobre Subsidios familiares, convocada por la Unión Internacional de Organismos Familiares.

Asistieron representantes de once países, y se trataron asuntos relacionados con los Subsidios familiares y demás prestaciones concedidas a las familias numerosas.

IV. - LEGISLACION

BOLIVIA

Decreto-Ley de Seguro Social Obligatorio, de 11 de octubre de 1951

CONSIDERANDO:

Que un sistema de Seguro Social Obligatorio constituye la expresión más firme de la justicia social y de la seguridad económica para todos, como garantía inexcusable de paz y progreso general para la Nación;

Que mediante la seguridad colectiva organizada se trata de proteger a todos los individuos integrantes del agregado social contra todos los riesgos que, superando las posibilidades y la voluntad de los mismos para evitarlos, les priven en determinado momento de su capacidad de trabajo y, por consecuencia, de sus ingresos normales;

Que es propósito fundamental del Gobierno defender al capital humano con que cuenta la República, para lo que es indispensable mejorar las condiciones de vida de las clases trabajadoras, elevar sus niveles sanitarios y económicos y garantizarles un mínimo de bienestar material y espiritual;

Que la Ley de Seguro Social General Obligatorio, de 23 de diciembre de 1949, y la de Riesgos Profesionales, de 15 de noviembre de 1950, han sido dictadas con esas finalidades; pero que constituyendo dos Leyes separadas, aunque obedeciendo a los mismos principios, y por carecer de las necesarias reglamentaciones que las hagan aplicables, no han surtido sus efectos legales, con desmedro y perjuicio para los derechos espectativos de los trabajadores y la población en general;

Que la moderna Seguridad Social se inspira en el concepto unitario de los riesgos y en el de la responsabilidad social por los mismos, lo cual impone la necesidad de englobar en un mismo sistema de Seguros, tanto el de Riesgos Profesionales como el de Seguro Social General, refundiendo a dicho efecto las dos Leyes mencio-

nadas en un solo cuerpo orgánico y coordinado, y un régimen administrativo centralizado, con sus recursos y modalidades propios;

Que la Caja Nacional de Seguro Social, autorizada por Decreto supremo núm. 02590, de 30 de junio último, para contratar los servicios de una Misión técnica española y preparar las bases de organización y aplicación del Seguro Social, ha presentado con ese objeto al Poder Ejecutivo el texto unificado y refundido de las Leyes de 23 de diciembre de 1949 y 15 de noviembre de 1950, acompañado de su respectivo Reglamento, siendo conveniente prestarles aprobación para su entrada en vigencia a la mayor brevedad, en interés de las clases laboriosas y productoras del país;

En Junta militar de Gobierno,

DECRETA:

ARTÍCULO 1.º Apruébase, en sus siete capítulos y 128 artículos, el texto único del Seguro Social Obligatorio, que refunde en un solo cuerpo las Leyes del Seguro Social General Obligatorio, de 23 de diciembre de 1949, y de Riesgos Profesionales, de 15 de noviembre de 1950.

ART. 2.º Apruébase, asimismo, el Reglamento de dicho texto único en los siete capítulos y 367 artículos de que consta, debiendo ambos cuerpos legales entrar en vigencia desde la fecha de publicación del presente Decreto-Ley.

ART. 3.º Quedan sin efecto las disposiciones que estén en contradicción con la Ley y el Reglamento aprobados.

El señor Ministro de Trabajo y Previsión Social queda encargado de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto-Ley.

Es dado en el Palacio del Gobierno, de la ciudad de La Paz, a los once días del mes de octubre de mil novecientos cincuenta y un años.

Texto único del Seguro Social Obligatorio

CAPITULO PRIMERO

Naturaleza y fines

ARTÍCULO 1.º El Seguro Social constituye un servicio público de orden social, y tiene carácter obligatorio.

ART. 2.º El Seguro Social tiene por objeto proteger a los trabajadores y a sus familiares en los casos de riesgos profesionales, enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte.

ART. 3.º Los riesgos profesionales comprenden los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales.

Por accidentes del trabajo se entiende toda lesión traumática o alteración funcional que sufra el trabajador en ejecución, con ocasión o por consecuencia del trabajo, sea por efecto de suceso fortuito y repentino o por el esfuerzo realizado, siempre que determine disminución o pérdida de la capacidad de trabajo y ganancia, o la muerte del trabajador.

Se considera enfermedad profesional a todo estado patológico que hubiera sido producido por consecuencia de actividad laboral, ya sea que sobrevenga de manera súbita o por evolución lenta y progresiva que determine disminución o pérdida de la capacidad de trabajo y ganancia, o muerte del trabajador.

CAPITULO II

Campo de aplicación

ART. 4.º El Seguro Social Obligatorio tendrá un campo de aplicación único, inspirado en el concepto de responsabilidad social y en la tesis laboral de proteger a todos los trabajadores y a sus familiares.

ART. 5.º Inicialmente quedarán comprendidos en el campo de aplicación del Seguro Social todos los trabajadores por cuenta ajena, cualquiera que sea su edad, sexo, nacionalidad, clase y cuantía de la remuneración y lugar de trabajo; esto es:

- a) los empleados públicos;
- b) los empleados privados, y
- c) los obreros, incluidos los aprendices.

Igualmente están sujetos al Seguro los miembros de Sociedades cooperativas de producción.

ART. 6.º Posteriormente, cuando se establezcan las condiciones bajo las cuales puedan ser eficazmente asegurados, se incluirán en el campo de aplicación del Seguro Social Obligatorio a:

- a) los trabajadores agrícolas;
- b) los trabajadores del servicio doméstico;
- c) los trabajadores a domicilio;
- d) los trabajadores temporales, y
- e) los trabajadores independientes.

ART. 7.º No están sujetas al Seguro Social las siguientes personas :

- a) los que ejecutan trabajos ocasionales extraños a la Empresa o a las actividades ordinarias del patrono;
- b) el cónyuge, los hijos menores de dieciocho años y los padres del patrono que trabajen exclusivamente por cuenta de su cónyuge, padre o hijo, respectivamente, y vivan en el hogar de éste, y
- c) los individuos del Ejército y, en general, los que desempeñan funciones militares.

ART. 8.º Es responsable de asegurar a los trabajadores por cuenta ajena el respectivo patrono.

Art. 9.º Se entiende por patrono a la persona natural o jurídica, Empresa o Compañía propietaria de la obra, explotación o industria a quien se presta el servicio, y por cuya cuenta u orden se efectúa el trabajo.

Son considerados patronos el Estado, las Municipalidades y demás entidades de Derecho público, con respecto a sus trabajadores que sirvan a jornal, destajo o por obra, sin nombramiento ni retribución mensual señalada en el presupuesto.

Asimismo, se considera patrono a las cooperativas de producción, a los contratistas e intermediarios en la explotación de Empresas o negocio.

ART. 10. En caso de sustitución de patrono, el sustituido será solidariamente responsable con el nuevo de las obligaciones derivadas de esta Ley, originadas antes de la fecha en que se diese aviso de cambio a la Caja Nacional de Seguro Social hasta el término de seis meses después de la transferencia, concluidos los cuales todas las responsabilidades serán atribuibles al nuevo patrono. Se considera que hay sustitución de patrono en el caso de que otro adquiera todos o la mayor parte de los bienes de la explotación.

ART. 11. Para los fines del presente régimen, se considera con-

trato individual de trabajo el vínculo jurídico económico. por virtud del que una persona se obliga a prestar sus servicios manuales o intelectuales a otra, o a ejecutarle una obra bajo su dependencia y dirección inmediata o delegada, y a cambio de una retribución acordada en metálico o en especie.

ART. 12. Como régimen complementario del Seguro Social Obligatorio existirán Seguros sociales facultativos y adicionales.

Se entenderá por Seguros facultativos la incorporación de grupos de trabajadores no incluidos en el campo de aplicación inicial del Seguro Obligatorio.

Se entenderá por Seguro adicional el reconocimiento de mejoras e incrementos en las prestaciones establecidas en la presente Ley.

CAPITULO III

Prestaciones

SECCIÓN 1.ª—Prestaciones sanitarias

ART. 13. Se entiende por prestaciones sanitarias los servicios preventivos, curativos y reeducativos, que tendrán a su cargo el Seguro Social General.

A) RIESGOS PROFESIONALES

ART. 14. En caso de accidente del trabajo o de enfermedad profesional, el asegurado tiene derecho:

a) a la necesaria asistencia médica y quirúrgica y al suministro de los medicamentos y otros medios terapéuticos que requiera su estado;

b) a la provisión, reparación y renovación normales de los aparatos de prótesis y ortopedia, cuyo uso se estime necesario por causa de la lesión sufrida.

ART. 15. La asistencia médica comenzará con los primeros auxilios en caso de accidente o de comprobación de la enfermedad profesional por los servicios médicos de la Caja, y se prolongará hasta que el trabajador accidentado o enfermo esté, según, el dic-

tamen, en condiciones de volver al trabajo o se le declare comprendido en alguno de los casos de incapacidad permanente.

ART. 16. Sin perjuicio de las obligaciones de la Caja Nacional de Seguro Social, según los artículos anteriores, todo patrono debe suministrar a la víctima de un accidente del trabajo los primeros auxilios, de conformidad al art. 73 de la Ley general del Trabajo y 64 de su Reglamento, a cuyo efecto deberá mantener en la Empresa, o en cada lugar de trabajo de la misma, un botiquín o equipo de emergencia, así como el personal adiestrado que pueda hacer buena aplicación de éste. La Caja Nacional de Seguro Social proveerá, a precio de coste, el material de primeros auxilios y, gratuitamente, el entrenamiento del personal que designen los patronos.

ART. 17. En los casos en que el estado de la víctima del accidente o enfermedad lo requiera, la Caja proporcionará al asegurado asistencia hospitalaria en establecimientos propios o en los de otras entidades públicas o privadas, según convenios que para el efecto podrá suscribir con ésta.

ART. 18. La provisión, reparación y renovación de los aparatos de prótesis y ortopedia se hará en las condiciones que establezcan los servicios del Seguro.

ART. 19. Con el fin de fomentar entre los grupos asegurados la adopción de medidas de prevención de los riesgos conforme a las normas de seguridad e higiene industriales, de propender al mejoramiento de las condiciones de trabajo y de cumplir con las demás tareas que la presente señala en dicho campo, la Caja Nacional de Seguro Social establecerá sus propios servicios de seguridad e higiene industriales, cuyas funciones serán determinadas por disposiciones reglamentarias.

ART. 20. La Caja Nacional de Seguro Social está facultada para disponer que en una Empresa cualquiera se adopten determinadas medidas justificadas de prevención de los riesgos; podrá demandar la cooperación de la Inspección del Trabajo para asegurar la aplicación de las medidas consignadas en el Reglamento de Seguridad e Higiene Industrial.

ART. 21. La Caja Nacional de Seguro Social está facultada para:

a) establecer recompensas pecuniarias para los trabajadores, capataces, ingenieros o jefes de Empresas que se destaquen por su

actividad e iniciativa en materia de prevención de riesgos profesionales;

b) conceder créditos a las Empresas para la adquisición de material de prevención de los riesgos, y

c) contribuir al desarrollo de las instituciones, entidades o servicios cuyo fin sea el perfeccionamiento de los métodos de la prevención de riesgos.

ART. 22. La Caja Nacional de Seguro Social establecerá el servicio de suministro, a precio de costo, del material de prevención de riesgos en favor de las Empresas.

ART. 23. Todo asegurado víctima de accidente del trabajo o de enfermedad profesional, y que hubiese sido declarado comprendido en alguno de los casos de incapacidad permanente, estará obligado a someterse a las normas que establezcan los servicios de rehabilitación y readaptación profesionales de la Caja Nacional de Seguro Social.

ART. 24. El Ministerio de Trabajo y Previsión Social señalará los empleos y ocupaciones que se destinarán de preferencia a los inválidos readaptados.

B) ENFERMEDAD

ART. 25. En caso de enfermedad, el asegurado y los familiares de éste que vivan en su hogar, y a su cargo, tienen derecho a prestaciones sanitarias, que comprenderán asistencia médica general y especializada, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica.

ART. 26. El derecho a prestación sanitaria procede, a partir de la constatación de la enfermedad, por los servicios médicos del Seguro Social, y por un período máximo de veintiséis semanas para una misma enfermedad.

ART. 27. En los casos en que, durante dicho período, los servicios curativos del Seguro Social no hubiesen logrado el total restablecimiento físico del asegurado, y toda vez que se reúnan los requisitos señalados en el Reglamento del presente Decreto-Ley, procederá la prestación sanitaria hasta que se logre el total restablecimiento del enfermo o se declare la invalidez.

ART. 28. No procede el derecho a prestación sanitaria cuando

se compruebe que la enfermedad ha sido resultante de falta intencional del asegurado.

ART. 29. La asistencia hospitalaria comprenderá la atención en sanatorios, y procederá cuando concurren las circunstancias que señale el Reglamento, por un período no superior a doce semanas para el asegurado y seis semanas para los familiares a cargo, por una misma enfermedad, salvo en los casos a que se refiere el artículo 27 del presente Decreto-Ley.

ART. 30. La asistencia farmacéutica comprenderá el suministro de medicamentos preparados mediante fórmula magistral y específicos, según prescripción médica del Seguro, y procederá mientras se preste asistencia médica.

C) MATERNIDAD

ART. 31. La mujer asegurada y la esposa del asegurado, o a falta de ésta la conviviente del mismo, tendrá derecho a oportuna asistencia sanitaria en los períodos de gestación, parto y puerperio.

ART. 32. La prestación sanitaria de la futura madre procederá a partir de la fecha en que los servicios médicos del Seguro constaten el estado de gravidez.

SEGUNDA PARTE

PRESTACIONES ECONOMICAS

A) RIESGOS PROFESIONALES

ART. 33. En caso de accidente del trabajo o de enfermedad profesional, el asegurado percibirá un subsidio diario del 60 por 100 del salario o sueldo que venía percibiendo, a partir del primer día del accidente o de la enfermedad, con exclusión de los domingos, y hasta tanto dure la asistencia médica.

ART. 34. Si el asegurado permaneciere aún total o parcialmente incapacitado para el trabajo, una vez que los servicios médicos de la Caja hubiesen declarado que no procede más la atención curativa, por haberse consolidado la lesión, se concederá una

renta en cuantía proporcional al grado de la incapacidad de trabajo y al sueldo o salario.

ART. 35. Se entiende por incapacidad permanente total la invalidez incurable que imposibilite a la víctima a efectuar cualquier trabajo remunerado.

Se consideran causales de incapacidad permanente total las lesiones siguientes:

a) la pérdida anatómica o la incapacidad funcional, en sus partes esenciales, de más de una extremidad. Son partes esenciales la mano y el pie;

b) la pérdida total de la visión;

c) la pérdida de la visión de un ojo, con disminución considerable de la agudeza visual del otro, y

d) las lesiones orgánicas o trastornos funcionales graves y permanentes de un órgano vital, o los estados patológicos reputados incurables y que, por su gravedad, impidan al trabajador dedicarse a cualquier trabajo remunerado.

ART. 36. En caso de incapacidad permanente total, y en tanto ésta subsista, el trabajador tendrá derecho a una renta equivalente al 60 por 100 de su sueldo o salario.

El inválido que no pueda conducirse o efectuar los actos principales de la vida sin el auxilio constante de otra persona, tendrá derecho a un aumento adicional de la renta en una cuantía equivalente a un 30 por 100 del sueldo o salario que sirvió de base para el cálculo de la renta. Este incremento será suprimido cuando el inválido se interne en centros asistenciales del Seguro.

ART. 37. Se entiende por incapacidad permanente parcial la disminución de la capacidad de trabajo debida a una lesión orgánica, a un trastorno funcional o a un estado patológico reputado incurable o cuya curación es imprevisible.

ART. 38. Producen incapacidad permanente parcial para el trabajo las lesiones detalladas en la lista valorativa que figura como apéndice núm. 2 del presente Decreto-Ley.

ART. 39. En caso de incapacidad permanente parcial, y en tanto ésta subsista, el asegurado tendrá derecho a una renta, que se fijará de acuerdo con la proporción establecida en la lista valorativa a que se refiere el artículo anterior.

El tanto por ciento que corresponda entre el máximo y el mínimo fijados en la lista valorativa se determinará teniendo en cuenta la edad del trabajador, la gravedad de la incapacidad, y si ésta es absoluta para el ejercicio de la profesión habitual o simplemente ha determinado la disminución de las aptitudes para su desempeño y las posibilidades de dedicarse a otro trabajo remunerado.

El porcentaje respectivo se computará sobre la renta que habría correspondido al trabajador en caso de incapacidad permanente total.

ART. 40. Al declararse la incapacidad permanente, sea total o parcial, se concederá la renta con carácter provisional, por un período de adaptación de dos años.

Durante este período, la Caja podrá ordenar, en cualquier tiempo, la revisión de la incapacidad, de oficio o a pedido del inválido, con el fin de investigar si se ha producido reducción o aumento de la incapacidad o recuperación de la capacidad.

ART. 41. Si subsistiere la incapacidad permanente después de transcurrido el período de adaptación de que habla el artículo anterior, la renta que se fijare tendrá carácter definitivo. Sin embargo, aun en este caso, podrá efectuarse la revisión de la incapacidad cada dos años, o antes si hubiere fundamento para presumir que han cambiado las condiciones de la estimación de la incapacidad.

ART. 42. La Caja Nacional de Seguro Social podrá autorizar el pago de la totalidad de la renta por incapacidad permanente total, en forma de capital, siempre que se acredite su adecuada inversión.

ART. 43. Si la renta mensual por incapacidad permanente parcial resultare inferior al 20 por 100 de la renta que le habría correspondido al trabajador en caso de incapacidad permanente total, se pagará al inválido, en sustitución de la renta, una indemnización global equivalente a cuatro anualidades de ésta.

Las rentas correspondientes a una reducción de la capacidad de trabajo superior al 20 por 100 no podrán ser abonadas en forma de capital.

ART. 44. Cuando el accidente del trabajo o la enfermedad profesional produzca la muerte del asegurado, los deudos de éste tienen derecho:

- a) a gastos de sepelio, y
- b) a una pensión, que se otorgará a cada uno de los derechohabientes en los términos y condiciones que se establecen en los artículos siguientes.

ART. 45. El importe de los gastos de sepelio será de 3.000 bolivianos en las capitales de Departamento, y de 2.000 bolivianos en las demás localidades.

Tienen derecho a gastos de sepelio los deudos del asegurado fallecido a quienes correspondiere percibir pensión, según los artículos siguientes y en el orden establecido en los mismos.

Si el asegurado fallecido no dejare deudos con derecho a gastos de sepelio, la Caja Nacional de Seguro Social se hará cargo del sepelio directamente o a través de la autoridad política, o, en su defecto, de la municipal correspondiente, limitando el desembolso hasta la cuantía señalada en este artículo.

ART. 46. La viuda del asegurado fallecido a consecuencia de accidente del trabajo o de enfermedad profesional tiene derecho a una renta de viudedad equivalente al 36 por 100 de la renta a que el asegurado habría tenido derecho en caso de incapacidad permanente total.

No habrá derecho a renta de viudedad cuando a la fecha del fallecimiento del asegurado, el cónyuge sobreviviente estuviere legalmente divorciado o simplemente separado por más de un año.

ART. 47. La conviviente tendrá el derecho asignado a la viuda, a condición de que no hubiere existido impedimento legal para contraer matrimonio, y de que la vida en común se hubiere iniciado, por lo menos, un año antes del fallecimiento del asegurado. Sin embargo, en el caso de tener hijo o quedar en estado de gravidez, aun antes de ese término, procederá el derecho a la pensión.

ART. 48. La viuda o la conviviente perderán el derecho a la renta al contraer nuevas nupcias o al hacer vida marital con otro hombre.

ART. 49. Todos los hijos del asegurado fallecido a consecuencia de accidente del trabajo o enfermedad profesional tendrán derecho a una renta de orfandad hasta cumplir la edad de dieciséis años, o de dieciocho si estudiaren en un establecimiento público o autorizado por el Estado. La renta de los hijos termina antes si contraen matrimonio.

La renta de orfandad para cada uno de los hijos con derecho será igual al 18 por 100 de la renta a que el asegurado habría tenido derecho en caso de incapacidad permanente total. Para los huérfanos de padre y madre, el porcentaje de la renta se elevará hasta el 25 por 100.

ART. 50. A falta de viuda y huérfanos, tendrá derecho a renta la madre del causante que hubiere vivido a su cargo y, a falta de ésta, el padre incapacitado para el trabajo que, asimismo, hubiere vivido a cargo del causante.

A falta de viuda, huérfanos y padres con derecho, corresponderá la renta a los hermanos del asegurado fallecido, siempre que fueren menores de dieciséis años y hubieren vivido a su cargo.

La renta para la madre o el padre incapacitado será igual al 18 por 100, y para los hermanos, al 12 por 100 de la renta a que el trabajador habría tenido derecho en caso de incapacidad permanente total.

La renta de los padres y hermanos cesará cuando hubieren variado las condiciones económicas de los beneficiarios en términos que no sea más necesaria esa protección social, o para los hermanos y hermanas, al cumplimiento de los dieciséis años.

ART. 51. La cuantía de las rentas concedidas a los deudos de un asegurado fallecido a consecuencia de accidente del trabajo o enfermedad profesional no podrá ser mayor a la cuantía de la renta que habría correspondido al asegurado en caso de incapacidad permanente total, debiendo procederse a la reducción proporcional de las diversas cuotas si fuere necesario.

ART. 52. Si falleciere uno de los beneficiarios, los sobrevivientes tendrán derecho a que se les mejore su renta hasta la cuantía que les habría correspondido en el momento de la muerte del causante, al no existir entonces dicho beneficiario fallecido. Lo mismo se observará cuando, por causa distinta del fallecimiento, se extinguiere el derecho de uno o de varios beneficiarios.

ART. 53. El derecho de los deudos a las prestaciones en caso de muerte del asegurado accidentado o enfermó procede siempre que la muerte de éste se produzca por causa directamente relacionada con el accidente o la enfermedad profesional, hasta un año después de ocurrido el accidente o de declarada la incapacidad para el trabajo por causa de enfermedad profesional e indepen-

dientemente de todo otro subsidio o renta que hubiere percibido el trabajador antes de su muerte por el mismo accidente o enfermedad.

B) ENFERMEDAD

ART. 54. En el caso de que la enfermedad sea incompatible con la concurrencia al trabajo, el asegurado percibirá un subsidio diario del 60 por 100 del sueldo o salario.

Este subsidio se pagará a partir del cuarto día de la enfermedad, o a partir del primer día si la enfermedad dura más de cuatro días, durante los cuales no se perciba sueldo o salario.

El subsidio se abonará por un período máximo de veintiséis semanas por cada enfermedad, prorrogable en el caso de que se prolongue la asistencia médica.

ART. 55. En caso de hospitalización, el subsidio económico se reducirá al 50 por 100 de sueldo o salario, en el caso de tener familiares a su cargo, y al 20 por 100 en caso de no tenerlos.

C) MATERNIDAD

ART. 56. Todas las trabajadoras aseguradas tendrán derecho a un subsidio de maternidad en la cuantía del 60 por 100 del salario o sueldo, que se abonará durante el período máximo de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto, siempre que en estos períodos pre y posnatal no ejecuten ningún trabajo remunerado y se sujeten a las prescripciones sanitarias que determinen los servicios médicos del Seguro.

ART. 57. La asegurada que lacte a su hijo, y la que no lo haga por prescripción facultativa de los servicios médicos del Seguro, tendrán, además, derecho a un subsidio de lactancia equivalente al 10 por 100 del salario o sueldo por el término máximo de ocho meses a partir del parto. Este subsidio se hará efectivo, preferentemente, en forma de suministro de productos lácteos o alimenticios.

D) INVALIDEZ

ART. 58. El asegurado que se quedare inválido percibirá una pensión de invalidez del 40 por 100 del salario o sueldo, siempre

que tenga acreditadas, por lo menos, sesenta meses de cotizaciones en los últimos ocho años anteriores a la constatación de la enfermedad o lesión por los facultativos de los servicios médicos del Seguro.

ART. 59. El inválido que, por razón de la pérdida de su capacidad física, no pueda valerse por sí solo para la ejecución de las principales actividades de su existencia, tendrá derecho a un incremento adicional de la renta en una cuantía equivalente al 30 por 100 del sueldo o salario que sirvió de base para el cálculo de ésta, con destino a cubrir el pago de la persona que le preste asistencia permanente. Este incremento será suprimido cuando el inválido se interne en centros asistenciales del Seguro.

ART. 60. El asegurado que se invalide sin haber cumplido el número de cotizaciones señalado en el art. 58, pero siempre que tenga acreditadas más de 24 cotizaciones mensuales en los últimos cinco años anteriores a la invalidez, tendrá derecho a una pensión reducida proporcional a la renta básica en relación al período de cotizaciones.

ART. 61. Al declararse la incapacidad se concederá la pensión de invalidez, con carácter provisional, por un período de adaptación de dos años, dentro de cuyo término los servicios de readaptación y recuperación profesionales del Seguro, con arreglo a normas científicas y racionales, tratarán de obtener la reprofesionalización del inválido en actividades compatibles con sus condiciones físicas.

ART. 62. La reducción de la incapacidad en más de un 50 por 100 producirá, en cualquier tiempo, la suspensión del derecho a la pensión.

ART. 63. El asegurado que intencionalmente hubiere provocado el estado de invalidez, o que se invalidare como consecuencia de la comisión de un delito, no tendrá derecho a pensión, reservándose la Caja el derecho a reconocer un auxilio equivalente al importe total o parcial de la renta de invalidez denegada en favor de los familiares del inválido que, de haber fallecido éste, habrían tenido derecho a renta.

ART. 64. La Caja Nacional de Seguro Social creará y mantendrá servicios de rehabilitación y readaptación profesionales en beneficio de los trabajadores que se invalidaren por causa de origen natural o profesional.

E) VEJEZ

ART. 65. Los trabajadores, al llegar a la edad de sesenta y cinco años (cincuenta y cinco en los mineros que hayan trabajado más de cinco años en el subsuelo), tendrán derecho a una pensión de vejez en cuantía equivalente al 40 por 100 del salario o sueldo medio con arreglo al cual hubiesen cotizado en los últimos cinco años.

Para ello será indispensable el haber estado asegurado, y con cotización en el Seguro, por un período mínimo de cinco años y cese de todo trabajo remunerado.

Las edades de vejez serán susceptibles de revisión, a propuesta de la Caja Nacional de Seguro Social, cuando estadísticas adecuadas demuestren exactamente cuáles son los períodos medios de vida y trabajo de los asegurados.

ART. 66. Si al llegar a la edad legal de retiro, el asegurado continúa trabajando por cuenta ajena, la pensión de vejez se incrementará en 2 por 100 de la misma por cada año posterior de trabajo.

ART. 67. Los asegurados que hubiesen trabajado más de diez años por cuenta ajena tendrán derecho a una mejora de su pensión básica de acuerdo con la siguiente escala:

- a) más de diez años de cotizaciones y menos de quince, el 5 por 100 del salario;
- b) más de quince años de cotizaciones y menos de veinte, el 10 por 100 del salario;
- c) más de veinte años de cotizaciones y menos de veinticinco, el 15 por 100 del salario, y
- d) más de veinticinco años de cotizaciones, el 20 por 100 del salario.

Toda pensión de vejez no podrá sobrepasar el 60 por 100 del salario.

F) MUERTE

ART. 68. En caso de muerte no debida a riesgos profesionales, los derechohabientes tendrán derecho a los gastos de sepelio y a una pensión de viudedad y orfandad.

ART. 69. El importe de los gastos de sepelio será de 3.000 bolivianos en las capitales de Departamento, y de 2.000 bolivianos en las demás localidades.

Tienen derecho a gastos de sepelio los deudos del asegurado fallecido a quienes correspondiere percibir pensión, según los artículos siguientes, y en el orden establecido en los mismos.

Si el asegurado fallecido no dejare deudos con derecho a gastos de sepelio, la Caja Nacional de Seguro Social se hará cargo del sepelio directamente o a través de la autoridad política, o, en su defecto, de la municipal correspondiente, limitando el desembolso hasta el monto señalado en este artículo.

ART. 70. La viuda del asegurado fallecido a consecuencia de circunstancia no profesional, tiene derecho a una renta de viudedad equivalente al 36 por 100 de la renta que gozaba el fallecido, si era pensionista, o de la que le hubiese correspondido por invalidez no profesional o vejez en el momento de fallecer.

No habrá derecho a renta de viudedad cuando, a la fecha de fallecimiento del asegurado, el cónyuge sobreviviente estuviese legalmente divorciado o simplemente separado por más de un año.

ART. 71. La conviviente tendrá el derecho asignado a la viuda, a condición de que no hubiere existido impedimento legal para contraer matrimonio, y de que la vida en común se hubiere iniciado, por lo menos, un año antes del fallecimiento del asegurado.

ART. 72. La viuda o la conviviente perderán el derecho a la renta al contraer nuevas nupcias o al hacer vida marital con otro hombre.

ART. 73. Todos los hijos del asegurado fallecido tendrán derecho a una renta de orfandad hasta cumplir la edad de dieciséis años, o de dieciocho si estudiaren en un establecimiento público o autorizado por el Estado. La renta de las hijas termina antes si contraen matrimonio.

La renta de orfandad para cada uno de los hijos con derecho será igual al 18 por 100 de la renta que gozaba el fallecido si era pensionista, o de la que le hubiese correspondido por invalidez no profesional o vejez en el momento de fallecer. Para los huérfanos de padre y madre, el porcentaje de la renta se elevará hasta el 25 por 100.

ART. 74. A falta de viuda y huérfanos, tendrá derecho a renta la madre del causante que hubiere vivido a su cargo, y a falta de

ésta, el padre incapacitado para el trabajo que, asimismo, hubiere vivido a cargo del causante.

A falta de viuda, huérfanos y padres con derecho, corresponderá la renta a los hermanos del asegurado fallecido, siempre que fueren menores de dieciséis años y hubieren vivido a su cargo.

La renta para la madre o el padre incapacitado será igual al 18 por 100, y para los hermanos, al 12 por 100 de la renta que gozaba el fallecido, si era pensionista, o de la que le hubiese correspondido por invalidez no profesional o vejez en el momento de fallecer.

La renta de los padres y hermanos cesará cuando hubieren variado las condiciones económicas de los beneficiarios en términos que no sea más necesaria esa protección social, o para los hermanos y hermanas al cumplimiento de los dieciséis años.

ART. 75. La cuantía de las rentas concedidas a los deudos de un asegurado no podrá ser mayor que la cuantía de la renta que disfrutaba el causante o de la renta que gozaba el fallecido, si era pensionista, o de la que le hubiese correspondido por invalidez no profesional o vejez en el momento de fallecer, debiendo procederse a la reducción proporcional de las diversas cuotas si fuere necesario.

ART. 76. Si falleciere uno de los beneficiarios, los sobrevivientes tendrán derecho a que se les mejore su renta hasta la cuantía que les habría correspondido en el momento de la muerte del causante, al no existir entonces dicho beneficiario fallecido. Lo mismo se observará cuando, por una causa distinta del fallecimiento, se extinguiere el derecho de uno de varios beneficiarios.

CAPITULO IV

Régimen económico

ART. 77. Los recursos necesarios para el Seguro de Riesgos Profesionales estarán constituidos por las primas exclusivamente patronales, de acuerdo con las tarifas aprobadas por el Poder Ejecutivo.

ART. 78. Los recursos de los demás regímenes de Seguro Social estarán constituidos por la contribución tripartita del Estado, patronos y asegurados.

ART. 79. La contribución del Estado estará constituida por:

a) para el Seguro de Enfermedad y Maternidad, y para las construcciones e instalaciones necesarias para el funcionamiento de los servicios médicos del Seguro general, los recursos provenientes del impuesto de un centavo de dólar americano por libra fina de estaño que se exporte del país, impuesto creado por Ley de 21 de noviembre de 1947, y que se hará efectivo cualquiera que sea el precio del estaño;

b) el gravamen sobre la exportación de otros minerales no estañíferos que se indican a continuación, en la cuantía de un centavo de dólar americano sobre cada dólar o su equivalente de mineral exportado, que se pagará siempre que las cotizaciones de dichos minerales sean iguales o superiores a las siguientes:

| MINERALES | Cotización de dólares americanos \$ | Unidad |
|---------------------------------|--|--------------------------------------|
| Antimonio..... | 3,50 | Por unidad de 20 libras avoirdupois. |
| Bismuto..... | 0,90 | Por libra fina. |
| Cobre..... | 0,19 | Por libra fina. |
| Plata..... | 0,77 | Por onza troy fina. |
| Plomo..... | 0,09 | Por libra fina. |
| Wolfram (WO ₃)..... | 20,00 | Por unidad de 20 libras avoirdupois. |
| Zinc..... | 0,08 | Por libra fina. |

Los recursos a que se refieren los apartados a) y b) se pondrán en cuenta especial, en dólares, a disposición de la Caja Nacional de Seguro Social, y el Banco Central de Bolivia concederá acreditivos en divisas para compras en el exterior con cargo a dicha recaudación.

c) una sexta parte de las rentas fiscales provenientes de los impuestos sobre utilidades comerciales e industriales creados por Ley de 3 de mayo de 1928, Decretos supremos de 6 de marzo de 1929 y 20 de julio de 1936, y Leyes de 4 de julio y 30 de noviembre de 1946;

d) aquellas otras aportaciones que, con vista a la aplicación de los demás regímenes de Seguro Social, considere conveniente el Poder Ejecutivo.

ART. 80. La cotización de patronos y asegurados será fijada en

los Decretos de aplicación de los respectivos regímenes que este Decreto-Ley contiene.

ART. 81. Las imposiciones, tanto patronales como personales de los aprendices y de los trabajadores que no perciban remuneración en dinero, serán cubiertas íntegramente por el patrono.

ART. 82. A más de la cuota que le corresponda aportar, conforme al sistema de contribución tripartita establecido en el artículo 78 de este Decreto-Ley, el Estado deberá también satisfacer las imposiciones como patrono de sus empleados. Al efecto, en los Presupuestos Generales de la Nación figurarán, necesariamente, las partidas suficientes para pagar a la Caja Nacional de Seguro Social tanto las cuotas que al Estado corresponda dar como el aporte patronal por sus servidores.

ART. 83. Las Prefecturas, Municipalidades y otras entidades de Derecho público, autónomas o semiautónomas, así como los Bancos, también harán constar en sus presupuestos las partidas destinadas a cubrir las contribuciones patronales a la Caja Nacional de Seguro Social.

Las cotizaciones patronales a que se refieren los dos artículos anteriores serán remitidas directamente a la Caja Nacional de Seguro Social por mensualidades vencidas, dentro del ejercicio financiero, y bajo la responsabilidad de los respectivos funcionarios, por la Tesorería General de la Nación y por los Tesoros departamentales, municipales, universitarios y de las otras entidades de Derecho público, así como por los Bancos.

ART. 84. A los efectos de cotizaciones y prestaciones, el salario o sueldo se estimará hasta un límite de Bs. 240 diarias o de Bs. 6.000 mensuales.

ART. 85. Para los efectos de este Decreto-Ley, se tendrá por sueldo o salario de los trabajadores, que sean empleados privados u obreros, la remuneración total que obtuvieren como retribución de sus servicios, incluyendo la que les correspondiere por trabajos extraordinarios, suplementarios o a destajo, comisiones, sobresueldos, aguinaldos, gratificaciones, honorarios, participación en beneficios, bonos de producción, usufructo, uso, habitación o cualesquiera otras remuneraciones accesorias; es decir, todo lo que prescribe el artículo 52 de la Ley General del Trabajo.

El salario de los aprendices, a efectos de este Decreto-Ley, no podrá ser inferior al salario mínimo señalado para la región y la

rama de trabajo respectivas. En caso de no haberse fijado salario mínimo, se tendrá como tal el que correspondiere a un trabajador no calificado de similar ocupación en el mismo establecimiento o en otro de la misma localidad o región.

Por disposiciones de orden reglamentario, se incorporará al concepto de salario o sueldo toda otra retribución que, no estando prevista en el presente Decreto-Ley, se considere que tiene aquel carácter.

ART. 86. El régimen financiero del Seguro Social se fijará con estricta sujeción al principio de equilibrio financiero y según los métodos de la técnica actual, comprendiendo las primas necesarias para cubrir las prestaciones, los gastos administrativos y las reservas, e igualmente la proporción en que deberán aportar el Estado, los patronos y los asegurados.

ART. 87. La suficiencia de los recursos deberá ser examinada por el propio Ministerio de Trabajo y Previsión Social, por lo menos, cada tres años, con oportunidad de las valoraciones actuariales de la Caja Nacional de Seguro Social. Junto con dichas valoraciones, el Departamento Matemático-Actuarial de esta institución practicará investigaciones estadísticas sobre el desarrollo efectivo de los fenómenos colectivos de importancia para el Seguro (mortalidad entre los activos y pasivos; estudio del curso de las tasas de entrada en invalidez y eliminación de inválidos, morbilidad, nupcialidad; estudio demográfico de las nuevas generaciones de asegurados y de pensionistas; movimientos de sueldos y salarios; relación con los índices del costo de vida, etc.), y establecerá la comparación del desarrollo efectivo observado en los distintos riesgos asegurados, con el planteamiento teórico y económico, según las bases actuariales inicialmente consideradas.

De acuerdo con el resultado de las valoraciones actuariales y de las investigaciones estadísticas realizadas por el Departamento Matemático-Actuarial de la Caja Nacional de Seguro Social, su Consejo de Administración estudiará las proposiciones técnicas encaminadas para reajustar el plan de prestaciones, el sistema de imposiciones o ambas, según los casos.

ART. 88. El régimen técnico que se establece para financiar las prestaciones, servicios y gestión del Seguro Social será el siguiente:

- a) para el régimen de riesgos profesionales, el de reparto sim-

ple y cobertura de capitales, reforzado con reservas de previsión que aumenten su estabilidad y solvencia ;

b) para el régimen de enfermedad y maternidad, el de reparto simple, con formación atenuada de reservas de previsión ;

c) para el régimen de vejez, invalidez y muerte, el de capitalización colectiva, con cobertura de derechos en curso de adquisición, de forma que permita el constante reajuste de las pensiones a los índices de nivel de vida.

ART. 89. Las inversiones de los fondos de Seguro Social deberán reunir las mejores condiciones de seguridad, rentabilidad y liquidez, y, dentro de ellas, se preferirá la inversión que garantice mayor utilidad social.

La tasa de interés que sirva de base a las inversiones no será inferior a la que sirva de base para la capitalización de las reservas técnicas, procurando mantener el valor real de las inversiones.

ART. 90. Los fondos de reserva del Seguro Social se invertirán con arreglo a los Planes Generales de Inversiones aprobados por el Consejo Administrativo de la Caja, dentro de la legislación vigente, y de modo especial en los siguientes aspectos :

a) a la adquisición, construcción e instalación de hospitales, sanatorios, maternidades, dispensarios, institutos ortopédicos, laboratorios y demás servicios del Seguro ;

b) al establecimiento de servicios de recuperación, readaptación y reeducación profesionales ;

c) al incremento y mejoramiento de la vivienda individual y colectiva de los grupos asegurados, para cuyo efecto la Caja Nacional de Seguro Social está facultada para otorgar préstamos hipotecarios a los asegurados para la compra o construcción de casas-habitación ;

d) a la concesión de créditos para el fomento de la colonización agrícola ;

e) a otros fines que contribuyan directa o indirectamente al mejoramiento de las condiciones higiénicas, sanitarias, económicas y, en general, de vida de los grupos asegurados, y

f) a otros fines de carácter reproductivo.

ART. 91. El Ministerio de Trabajo y Previsión Social podrá, sin embargo, autorizar inversiones en determinados fines cuando su

naturaleza o cuantía hiciere necesaria y conveniente la colaboración de la Caja.

ART. 92. El otorgamiento de préstamos hipotecarios para construcción o compra de vivienda-habitación en favor de los asegurados se garantizará obligatoriamente mediante el régimen de Seguro de Desgravamen Hipotecario, conforme a las normas que establece el Reglamento pertinente.

ART. 93. Los créditos a favor de la Caja Nacional de Seguro Social, inclusive intereses de mora y multas, se recaudarán mediante descuentos y retenciones en los sueldos y salarios de los asegurados. A requerimiento de la Caja, los patronos, habilitados, cajeros y, en general, quienes tengan a su cargo el pago de sueldos y salarios, se hallan obligados a efectuar dichos descuentos y retenciones bajo su responsabilidad personal.

CAPITULO V

Gestión

ART. 94. La alta dirección y tuición del Seguro Social corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

ART. 95. Para el estudio, asesoramiento y orientación en materia de Seguridad Social, se constituirá el Consejo Técnico de Seguridad Social, como alto órgano consultivo del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

ART. 96. La gestión, aplicación y ejecución de los regímenes de Seguro Social previstos en este Decreto-Ley corresponde a la Caja Nacional de Seguro Social.

ART. 97. El Poder Ejecutivo estudiará, con tendencia unitaria, la coordinación de los actuales sistemas jubilatorios con el régimen general técnico de vejez, invalidez y muerte que este Decreto-Ley establece.

ART. 98. La entidad que funciona bajo el nombre de «Caja de Seguro y Ahorro Obrero» se denominará en lo sucesivo «Caja Nacional de Seguro Social», y tendrá carácter autónomo, personalidad jurídica y recursos propios distintos de los del Fisco, hallándose exenta de todo impuesto sellado y timbres, gozará de franquicia

postal y telegráfica y estará sujeta a la intervención de la Superintendencia Nacional de Bancos.

ART. 99. Asimismo, la Caja Nacional de Seguro Social gozará de liberación de derechos aduaneros y de otros gravámenes fiscales, departamentales, municipales y pro universitarios, en la importación de mobiliario, materiales de construcción, máquinas, vehículos, herramientas, aparatos, instrumentos, papelería, útiles de escritorio y demás materiales necesarios para su administración y servicios, igualmente del pago de fletes en las Empresas de transportes del Estado. En las de carácter particular, tendrán las mismas franquicias y rebajas acordadas en favor del Estado.

Los funcionarios y empleados de la Caja que viajen en comisión de servicio gozarán de iguales franquicias que los funcionarios y empleados fiscales.

ART. 100. La Caja Nacional de Seguro Social remitirá anualmente a la Contraloría General de la República cuenta documentada de sus inversiones, para su glosa y aprobación.

ART. 101. El Poder Ejecutivo autorizará la expropiación de bienes inmuebles que la Caja Nacional de Seguro Social considere indispensables para los fines del Seguro.

ART. 102. Los Ministerios, Reparticiones administrativas y técnicas e instituciones del Estado, así como las Municipalidades, Universidades y demás entidades de Derecho público están obligados a facilitar todas las informaciones que requiera la Caja para la realización del Seguro Social.

ART. 103. La Caja Nacional de Seguro Social estará regida por un Consejo de Administración, una Comisión Permanente y una Gerencia General.

ART. 104. El Consejo de Administración estará formado por un Presidente, designado por el Presidente de la República y por los siguientes miembros:

Un representante de los patronos de la minería grande.

Un representante de los patronos de la minería mediana y pequeña.

Un representante de los patronos de la industria fabril.

Un representante de los patronos de actividades comerciales.

Dos representantes de los trabajadores de la minería.

Un representante de los trabajadores fabriles.

Un representante de los empleados privados.

Un representante de la Contraloría General de la República, por los empleados públicos; y

Dos representantes del Supremo Gobierno, designados por el Poder Ejecutivo, de los cuales uno deberá, necesariamente, ser médico.

El Ministerio de Trabajo y Previsión Social dictará las normas para la elección de los miembros representativos en el Consejo de Administración.

ART. 105. El Presidente del Consejo durará seis años en su cargo; los demás miembros, tres años, pudiendo, uno y otros, ser reelegidos. La renovación de los miembros se hará, de manera parcial, en la forma prevista en los Estatutos.

El Presidente, junto con el Gerente general, será el representante legal de la Institución.

ART. 106. La Comisión Permanente estará integrada por:

Un Presidente.

Un miembro patronal del Consejo de Administración.

Un miembro trabajador del Consejo de Administración; y

El Gerente general.

ART. 107. Serán funciones de la Caja Nacional de Seguro Social las siguientes:

a) gestión de los regímenes de Seguro Social que este Decreto-Ley establece;

b) organización del sistema de la vivienda individual y colectiva en beneficio de los trabajadores;

c) gestión del Seguro de Desgravamen Hipotecario;

d) gestión y administración del ahorro obrero obligatorio;

e) contratación y gestión de los Seguros adicionales y facultativos, y

f) las demás funciones que le sean encomendadas por el Poder Ejecutivo.

ART. 108. La Caja Nacional de Seguro Social queda facultada para mecanizar y unificar sus sistemas administrativos y de contabilidad parcial o totalmente.

ART. 109. El Gerente general de la Caja Nacional de Seguro Social será designado por el Consejo de Administración para un pe

riodo de seis años, pudiendo ser reelegido. No podrá ser removido sino por causas graves, y previo proceso.

El Gerente general, junto con el Presidente, será el representante legal de la Caja, pudiendo ser reemplazado por los Subgerentes en casos de impedimento, falta o ausencias ocasionales.

•El Gerente general será el Secretario del Consejo Administrativo y de la Comisión Permanente, en los que tendrá solamente voz, sin voto.

ART. 110. El Reglamento consignará las atribuciones específicas de cada uno de los órganos de gobierno de la Caja Nacional de Seguro Social.

CAPITULO VI

Régimen jurídico-administrativo

ART. 111. Todo patrono que tenga a su servicio trabajadores incluidos en el campo de aplicación de la presente Ley tiene la obligación de inscribirse en la Caja Nacional de Seguro Social en la forma y plazos que señale el Reglamento.

ART. 112. Como base de reconocimiento de los derechos en favor de los trabajadores comprendidos en el campo de aplicación de la presente Ley, dichos trabajadores deberán ser inscritos por el respectivo patrono en la Caja Nacional de Seguro Social, de acuerdo a la forma y requisitos que señale el Reglamento.

En el caso de que el trabajador no sea inscrito por el patrono, aquél podrá solicitar directamente su inscripción. En ninguno de los casos el patrono podrá tener trabajadores que no figuren inscritos en el Seguro Social.

ART. 113. Es obligación patronal abonar las cotizaciones patronales y personales a la Caja Nacional de Seguro Social en los primeros quince días del mes siguiente al que corresponde la cotización, en la forma que se determina por vía reglamentaria.

Los patronos podrán descontar a los asegurados, al efectuar los pagos de sueldos y salarios, el valor de las imposiciones personales correspondientes, el de los descuentos por otros conceptos que la Caja ordenare y el de las multas que ésta impusiera a los asegurados.

La mora en el pago de las cotizaciones en el plazo señalado implicará automáticamente el recargo del 12 por 100 del valor total de las cotizaciones a ingresar.

ART. 114. La inspección del Seguro Social corresponderá a la Inspección General del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, la cual contará con la cooperación de la Inspección especial de la Caja Nacional de Seguro Social. A este propósito, la Caja está facultada para designar funcionarios especiales, a fin de que, bajo estricta reserva, puedan inspeccionar talleres, Empresas o establecimientos; examinar libros, contabilidades, listas de pago y demás documentos que se consideran necesarios para las comprobaciones de sueldos y salarios, y los descuentos que sobre ellos recaigan, para fines del Seguro Social.

ART. 115. Las reclamaciones de todo orden, en relación con la aplicación y efectos de los regímenes del Seguro Social Obligatorio, serán tramitadas y resueltas sumariamente por la Gerencia de la Caja Nacional de Seguro Social. Contra sus resoluciones procederá recurso en primer grado ante el Consejo de Administración de la Caja, y en segundo y último, ante la Corte Nacional del Trabajo, la cual resolverá, previo informe del órgano gestor y dictamen del Consejo Técnico de Seguridad Social.

Contra las resoluciones y fallos de la Corte Nacional del Trabajo no se admitirá recurso alguno judicial ni administrativo, salvo el de nulidad ante la Corte Suprema de Justicia por infracción de Ley expresa y terminante o por falta absoluta de jurisdicción.

El Reglamento determinará la forma y plazos de las reclamaciones, recursos, resoluciones y fallos.

ART. 116. Las pruebas de derecho común, contempladas en el capítulo 7, título 3, libro 1 del Código de Procedimiento Civil, y que fueren presentadas por las partes, serán apreciadas en orden de importancia por la Caja Nacional de Seguro Social y por los demás órganos de jurisdicción.

ART. 117. El trámite de reclamación por prestaciones y cuotas ante la Caja Nacional de Seguro Social, la Corte Nacional del Trabajo y la Corte Suprema de Justicia, será de carácter gratuito; pero en los recursos ante la Corte Nacional del Trabajo y la Corte Suprema de Justicia podrán estos Tribunales condenar al pago de costas en los casos que consideren infundado o improcedente el recurso.

ART. 118. La Caja Nacional de Seguro Social podrá cobrar coactivamente, a través de los Jueces de Trabajo, las imposiciones, primas o aportes del Seguro que se les adeudare, siempre que ellos no fuesen cubiertos en el término de treinta días de vencida la mensualidad correspondiente, así como las amortizaciones y descuentos por créditos concedidos, los intereses y multas por demora en el pago de lo adeudado o por infracción comprobada a las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias vigentes sobre el Seguro.

ART. 119. Los créditos a favor de la Caja Nacional de Seguro Social tienen el carácter de privilegiados cuando provengan de imposiciones o primas del Seguro o de préstamos, y en los casos de concurso o de otros procedimientos que admitan prelación de créditos, gozarán de preferencia absoluta, excepto sobre los que se reconozcan por concepto de salarios, por gastos judiciales y por administración y conservación de bienes concursados.

En los casos de cobranza de créditos provenientes de contratos suscritos a favor de la Caja Nacional de Seguro Social, ésta podrá utilizar el procedimiento ejecutivo especial autorizado por las Leyes vigentes para uso de las instituciones hipotecarias de préstamos.

ART. 120. Las mujeres casadas y los menores que sean asegurados en la Caja Nacional de Seguro Social serán considerados como personas capaces de administrar libremente sus bienes en lo relativo a sus imposiciones, a la percepción de beneficios y a los actos y contratos que celebren, en tal calidad de asegurados, con la Caja Nacional de Seguro Social.

ART. 121. Se incurrirá en sanción por cualquier acto u omisión que implique fraude o vulnere derechos de los asegurados o impida, perturbe o difiera la aplicación del Seguro Social, así como la falta de adopción de las medidas de prevención y seguridad que se determinen.

Las infracciones y las sanciones serán especificadas en el Reglamento.

ART. 122. Las sanciones exigibles reglamentariamente no eximirán de otras responsabilidades de orden legal en que se incurran.

CAPITULO VII

Disposiciones transitorias

ART. 123. Teniendo en cuenta las condiciones económicas del país y las necesidades sociales de las clases trabajadoras, el Seguro Social se aplicará gradual y progresivamente, lo mismo en el orden ocupacional, territorial y amplitud de prestaciones.

ART. 124. En tanto no se señale la fecha en que comiencen a otorgarse, para el respectivo grupo o categoría de trabajadores, los subsidios de enfermedad y maternidad que este Decreto-Ley dispone, subsistirán, a cargo del patrono, las obligaciones previstas en los artículos 73 y 61, respectivamente, de la Ley General del Trabajo.

ART. 125. Respecto a los trabajadores a quienes, estando sujetos al régimen del Seguro de Riesgos Profesionales, no se hicieren aún extensivas las prestaciones de dicho Seguro, subsistirán a cargo del patrono las obligaciones que para los casos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales establecen la Ley General del Trabajo y las disposiciones legales sobre riesgos profesionales.

ART. 126. Mientras no se incorporen, en carácter de afiliados y asegurados, respectivamente, los sectores patronal y laboral, constitutivos del Consejo de Administración de la Caja Nacional de Seguro Social, su integración no será modificada.

ART. 127. El Presidente de la República queda plenamente facultado para tomar las providencias necesarias para la preparación y organización del régimen del Seguro Social, que establece el presente Decreto-Ley por intermedio del Ministro de Trabajo y Previsión Social.

ART. 128. Quedan derogadas las disposiciones que se opongan al presente Decreto-Ley y, asimismo, modificadas las que alteren el sentido o los alcances de ella.

V.-RECENSIONES

En esta sección se dará cuenta de todas las obras de que se remita un ejemplar a la Dirección de la Revista.

Bustos A., Dr. Julio: "La Seguridad Social. La Previsión y la Medicina Social en Chile en 1950". Santiago de Chile. 1952. 120 páginas en folio.

Esta Memoria anual, presentada, como en ejercicios anteriores, por el ilustre Director general de Previsión Social de Chile, doctor Julio Bustos, excede en mucho el contenido normal de las publicaciones de su género.

Consta de tres partes, que rivalizan en interés por su contenido. En la primera, el autor formula conceptos y consideraciones de tipo doctrinal, aunque estrechamente relacionadas con la considerable experiencia atesorada a lo largo de los muchos años que lleva al frente de la Seguridad Social chilena. Son las páginas de mayor interés general y permanente.

Para el doctor Bustos, la Seguridad Social «es la institución destinada a elevar el nivel de vida de la población, mediante la promoción de un ambiente nacional de salud y la concesión de medios económicos vitales de subsistencia cuando se presenten las eventualidades que determinan estados de necesidad».

Por sus efectos sobre la salud, el rendimiento laboral y la redistribución de la renta nacional, la Seguridad Social forma parte integrante de la economía nacional, y debe entenderse que sus beneficios se otorgan a la sociedad entera y no solamente a gremios o sectores de ésta.

Insistiendo en una campaña que desde hace tiempo viene acaudillando contra extensos sectores sindicales y profesionales, el doctor Bustos argumenta vigorosamente en contra de las jubilaciones prematuras, tan frecuentes en Iberoamérica. El retiro o jubilación prematura genera una atmósfera de *ociosidad social*, que induce a buscar en la jubilación un medio de vida para personas con plena capacidad de trabajo. Además, esas jubilaciones gravitan sobre la población activa, y pueden llegar a minar la eficiencia de la producción y la cuantía del rendimiento.

En esta misma parte se subraya el gran interés de que la Seguridad Social considere el núcleo familiar, atienda de manera unificada a todas las *eventualidades*, más que *riesgos*, que afectan a la salud, y revista la forma de *pensiones* con preferencia a la de *subsídios*. Otros problemas objeto de estudio son los de la conservación del valor real o poder adquisitivo de las pensiones declaradas y el del régimen financiero más aconsejable.

En su conjunto, la doctrina del doctor Bustos significa un laudable esfuerzo para compaginar el carácter técnico del Seguro Social con las tendencias y realidades actuales de la Seguridad Social.

El resto de la Memoria se halla dedicada a exponer las cifras y resultados de la gestión financiera y de las prestaciones de los diversos Seguros y a una excelente sinopsis de las instituciones chilenas de Previsión Social, sometidas al control y superior fiscalización de la Dirección General del mismo nombre.

Es universalmente conocido el papel de heraldo de la Previsión Social desempeñado por Chile en América, y la seriedad y buena organización de sus instituciones. Las dependientes de la Dirección General mencionada acusan un incremento en todos los aspectos respecto del año anterior, y se cifran en 1.272.457 de afiliados o imponentes activos, 7.501.654.576 pesos chilenos de ingresos, 5.187.055.716 de egresos o gastos y unas inversiones totales de 16.200 millones de pesos.

LUIS JORDANA DE POZAS.

Conferencia Internacional del Trabajo. 35.^a Reunión. "Informe del Director general". Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra, 1952. 148 páginas.

Entre las numerosas y documentadas publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo ocupa siempre un lugar destacado la Memoria anual que su Director general presenta a cada una de las Reuniones de la Conferencia. Es práctica seguida, desde los años en que la dirigió M. Albert Thomas, que no se limite a dar cuenta de las actividades de la Oficina durante el interregno entre dos Conferencias, sino que presente una visión panorámica de los problemas sociales del momento, y, a la vez, que refleje las orientaciones y soluciones derivadas de la observación internacional, señale puntos de vista y recomendaciones que tienen la autoridad propia de la persona que las expresa y del elevado cargo que ejerce. Así lo hace también el actual Director general, señor David A. Morse, en la correspondiente al año 1951-52, tal vez con mayor generalidad y amplitud que en las inmediatamente precedentes.

El Informe comprende cuatro capítulos. En los dos primeros, de carácter general, trata de la situación económica y de la política social, dedicando los otros al examen de las actividades concretas de la O. I. T. y de los problemas que suscitan, y a resumir la vida de la Organización en el último ejercicio anual.

No vamos a reseñar aquí la labor de la O. I. T., sobradamente conocida, y de la que nuestros lectores están al tanto por las informaciones especiales que cuidamos de ofrecerles sobre las actuaciones y publicaciones en que se concreta. El gran número de Estados que la integran, la considerable cuantía de sus medios económicos (el presupuesto ordinario de gastos para 1953 se cifra en seis millones y medio de dólares), la experiencia acumulada a lo largo de sus treinta y seis años de existencia y la enorme amplitud de los fines que persigue hacen de esta Organización un factor esencial de la vida internacional de nuestros tiempos. Y aun sería más eficaz y trascendente su influjo si lograrse evitar que la política partidista de algunos sectores se infiltrara en sus deliberaciones y actitudes en forma contradictoria con la idea de universalidad que la inspira y con la afirmación clave de este Informe de que «el ideal de justicia social es un potente elemento de armonía, gracias al cual países muy diferentes por su estructura económica, social y política pueden colaborar pacíficamente para su realización».

Al ocuparse en la situación política general, el señor Morse señala que en 1950-51 el coste de la vida ha aumentado en una medida mayor que en ninguno de los años anteriores desde el comienzo de la segunda guerra mundial, llegando en Francia a pasar del índice 1.800 al 2.500 en esos doce meses. Posteriormente, el ritmo de incremento se ha amortiguado. Los balances comerciales, generalmente deficitarios, los esfuerzos para lograr simultáneamente el triple fin de elevar el nivel de vida, aumentar las inversiones para el desarrollo económico y ejecutar importantes programas de rearme y otras circunstancias, han sometido a una dura prueba la economía de numerosos países. «El año no ha sido particularmente propicio al progreso de los servicios sociales, aunque puedan mencionarse algunos avances.» «El clima económico y político tampoco ha sido favorable para un progreso rápido de los programas de desarrollo económico en los países insuficientemente desarrollados.» La conclusión de este capítulo es que cabe esperar que el año 1954, en que los actuales programas de rearme deben estar ejecutados, abrirá un período en que la elevación del nivel de vida será más rápido y los recursos para el desarrollo económico más abundantes que en estos largos años de guerra, de penuria, de reconstrucción y de rearme.

Pasando a tratar de la política social, el Director general de la O. I. T. comienza afirmando que «la inseguridad es la característica dominante del mundo moderno», en el que «la mayoría de los pueblos carecen de lo estrictamente necesario», habiéndose agravado el problema por las consecuencias y el peligro de la guerra. El deseo de elevar el nivel medio de vida es una aspiración mundial; pero esa finalidad no puede lograrse más que por el aumento de la producción y la intensificación de los cambios internacionales. Ha de tenerse muy en cuenta, sin embargo, que para eliminar el peligro de otra guerra mundial no bastan las medidas militares, sino que tiene una gran importancia la solución de los problemas humanos. La fórmula de que «una paz universal y durable no puede fundarse más que sobre la base de la justicia social», que figura en la constitución de la O. I. T., sigue siendo verdadera. Siguen después una serie de consideraciones sobre los diversos fines de la política social y los medios por los que la O. I. T. se propone alcanzarlos. En definitiva, es un hecho que «la política social ha de tener en cuenta necesariamente los límites de los recursos económicos, así como las costumbres y las instituciones de los diferentes países».

Como su mismo autor hace notar en la conclusión de su Informe, éste reviste un tono moderado, justificado por la situación presente, llena de dificultades que obstaculizan el progreso social, las cuales no han disminuído en los últimos años, ni cabe ignorar. A pesar de lo cual, las actividades de la O. I. T. han sido ampliadas a nuevos campos, entre los que tiene singular relieve el de la asistencia técnica, a la que se dedican muchas páginas de la Memoria que reseñamos. A diferencia de las de años anteriores, en ésta se dedica menor atención a los avances en materia de Seguridad Social, sin dejar de mencionarlos.

Luis JORDANA DE POZAS.

Organización Internacional del Trabajo. "Sexto Informe de la Organización Internacional del Trabajo a las Naciones Unidas". Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra, 1952. 308 páginas en 4.º.

En cumplimiento del acuerdo de 30 de mayo de 1946 entre las Naciones Unidas y la O. I. T., ésta debe presentar anualmente un Informe en el que exponga documentadamente la labor realizada durante el ejercicio anterior. Ninguna otra de las múltiples publicaciones de la O. I. T. es tan útil como ésta para abarcar, en un espacio relativamente breve, el conjunto de sus actividades, sistemáticamente expuestas y comentadas.

En este Sexto Informe, la nota destacada es la necesidad en que se ha visto la O. I. T., siguiendo las directivas de las N. U., de distinguir entre sus actividades esenciales y las meramente deseables, trazando una escala de prioridades y disminuyendo, en consecuencia, los medios económicos que venía dedicando a algunos de sus servicios. En conjunto, el presupuesto neto para 1953 es inferior en 1.554 dólares al de 1952. Las reducciones más destacadas son las de los créditos para becas o bolsas y para publicaciones, que han sido disminuidos, respectivamente, en 50.000 y 60.000 dólares para el próximo año.

En sucesivos e interesantes capítulos se expone sintéticamente la actividad referente a los problemas generales del trabajo, los de las regiones insuficientemente desarrolladas, los de determinadas profesiones y categorías de trabajadores (trabajo agrícola, marítimo, carbonero, de transportes interiores, niños y jóvenes, mujeres), la información e investigación y el papel de la O. I. T. en el campo internacional general.

En lo que a la Seguridad Social concierne, el Informe menciona los trabajos y publicaciones preparatorios de una reglamentación internacional de las normas mínimas de la Seguridad Social; la inscripción de esta materia en el Orden del día de las Conferencias regionales del trabajo celebradas en Oriente y América; los Seminarios para la formación del personal administrativo de Seguridad Social reunidos en Costa Rica y el Perú; el apoyo otorgado a la Asociación Internacional de Seguridad Social y al Comité Interamericano de Seguridad Social; las publicaciones y estudios efectuados, y la colaboración otorgada al Consejo de Europa. Esta última ha consistido en la asistencia técnica otorgada al Comité de Expertos para la Seguridad Social, creado por el Comité de Ministros del Consejo de Europa para facilitarles datos comparativos del coste de la Seguridad Social en los diferentes países europeos. También se hacen algunas referencias a la Seguridad Social en el capítulo dedicado a los problemas de las regiones insuficientemente desarrolladas. En el cuadro resumen de proyectos de asistencia técnica terminados, en curso o preparados en 31 de marzo del año corriente, figuran seis misiones en materia de Seguridad Social, de las que doce corresponden a países de Iberoamérica, seis de Asia, ocho del Oriente Medio y una de Africa. Expresamente se mencionan las misiones de este carácter enviadas a Venezuela, Perú y Paraguay, y las en preparación o solicitadas por Panamá, Bolivia, Guatemala, Cuba y Colombia. En los tres casos ya efectuados, la misión fué de un solo experto. Se han concedido bolsas de estudio a funcionarios o estudiantes del Brasil y de Cuba.

Entre los anexos figuran la lista de miembros de la O. I. T., que comprende 65 países, otra serie de listas de comisiones, publicaciones, etc.; los informes del Comité especial sobre libertad sindical, las normas médicas acordadas por la O. I. T. y la O. M. S. para la selección médica de los migrantes y el acuerdo de la O. I. T. con el Consejo de Europa a que anteriormente nos hemos referido.

Luis JORDANA DE POZAS.

Instituto Mexicano del Seguro Social "México y la Seguridad Social. Tomo I. La inseguridad social, la Seguridad Social y la historia de los medios para lograrla". México, 1952. 436 páginas en 4.º mayor.

Con verdadera satisfacción registramos este primer tomo de la obra monumental «México y la Seguridad Social», que ha emprendido el Instituto Mexicano del Seguro Social. Debida a la iniciativa de su Director, don Antonio Díaz Lombardo, que ha redactado unas páginas de introducción, ha sido redactado este primer tomo por una Comisión, de la que fueron Presidente y Secretario don Adolfo Desentis y don Delfín Sánchez Juárez, y Vocales, los señores Pascual Leone, Rodríguez y Rodríguez y Schoenbaum, todos ellos bien conocidos en el mundo de la Seguridad Social.

El contenido del libro es mixto de doctrinal e histórico. El primero y tres de los últimos capítulos de los veinte que tiene la obra desarrollan los conceptos de inseguridad social, discurren sobre la relación entre la situación económica de la vida y el Seguro Social e investigan y exponen los conceptos fundamentales y características del Seguro y de la Seguridad Social. Para los autores, la necesidad por la cual se llegó a los sistemas actuales de Seguridad Social, no sólo es anterior al siglo XIX, sino «de siempre, ineluctable, humana y social». Las formas actuales son el Seguro Social y la Seguridad Social, ampliamente estudiadas en los capítulos aludidos, con referencia a sus bases técnicas, a sus conceptos fundamentales, a las objeciones a que ha dado lugar y a los convenios internacionales sobre la materia.

No obstante el valor de estos capítulos, consideramos que la aportación más interesante que realiza este libro a la literatura de Seguridad Social es la de su contenido histórico, particularmente en los capítulos dedicados a los sistemas de protección contra la inseguridad en la América anterior a la independencia, mucho menos investigados y divulgados de lo que merecen, no obstante trabajos tan loables como los debidos a los profesores Viñas Mey y Ots y Capdequi y otros ilustres cultivadores de la historia del Derecho. Los repartimientos de indios; las encomiendas; las admirables «Leyes de Burgos» (1512), debidas a la tenacidad apostólica del Padre Montesinos; las doctrinas del inmortal Padre Vitoria en sus famosas «Relecciones»; la institución del Protector de los indios; las interesantes y numerosas Ordenanzas del trabajo, anticipación cris-

tiana de las actuales reglamentaciones; las muestras abundantes de elevado espíritu social de las «Leyes de Indias»; la fundación de hospitales y casas de convalecientes; las Ordenanzas y doctrinas de don Vasco de Quiroga (1531 y siguientes); la pasmosa labor de las Ordenes religiosas; las «Cajas de Comunidad», inspiradas en las instituciones incaicas y en la andecha y otras instituciones españolas, continuadas en nuestros actuales Cotos de Previsión (elociosamente citados), hasta llegar a los Montepíos de iniciativa oficial, extendidos en el siglo XVIII a toda América, son expuestos con objetividad y profunda simpatía.

Completan la obra los capítulos dedicados al liberalismo, el socialismo, la constitucionalización de los derechos del trabajo y del Seguro Social y la reseña de la evolución de éste en Alemania, Inglaterra y Méjico.

El libro está bellamente editado, y contiene una abundante bibliografía, que no puede ser completa por el amplísimo campo abarcado.

No se anuncia el plan de la obra, ni los volúmenes de que ha de constar, pero basta sobradamente el primero para felicitar al Instituto Mexicano del Seguro Social y aguardar impacientemente la aparición de los tomos sucesivos.

LUIS JORDANA DE POZAS.

Pedro Arnaldos Jimeno: "Estudio comparado del Seguro de Invalidez y Muerte y de su posible implantación en España". Madrid, 1952. 319 páginas.

La obra del señor Arnaldo Jimeno, que ha merecido la concesión del «Premio Marva», es un trabajo esencialmente documental, de gran utilidad para cuantos quieran adquirir una información completa sobre el contenido de los regímenes del Seguro de Invalidez y Muerte vigentes hoy en el mundo.

La primera parte está dedicada al examen de las legislaciones nacionales, extranjeras y de la reglamentación internacional, y consta de cinco capítulos. En los cuatro primeros, que corresponden, respectivamente, a los principales problemas del Seguro (campo de aplicación, riesgos cubiertos y prestaciones, recursos y organización), expone el autor las realizaciones adoptadas en cada país y las reglamentaciones internacionales. En el capítulo quinto, que juzgo el más interesante de esta primera parte, se hace un estudio comparado de los regímenes nacionales, y se abordan algunas cuestiones doctrinales relacionadas con la inclusión en el Seguro de determinadas categorías de trabajadores, con la readaptación funcional, con las prestaciones en especie, con el nivel de las prestaciones económicas y con los recursos y los efectos económicos.

En la segunda parte de su obra, dedicada a la posible implantación en España del Seguro de Invalidez y Muerte, el autor hace una exposición detalladsima de todos los antecedentes, estudios y trabajos realizados en nuestro país, y de las organizaciones existentes, y propone una planificación razonada para la implantación del Seguro.

Finalmente, y como colorario de su trabajo, el señor Arnaldos Jimeno expone algunas ligeras ideas sobre las orientaciones hacia la Seguridad Social.

Si se tiene en cuenta que, como el mismo autor manifiesta en la introducción de su trabajo, sólo ha tratado de realizar un ensayo para dar una breve misión de conjunto, se puede afirmar de un modo categórico que ha logrado plenamente su propósito.

El trabajo resulta, pues, de gran interés. Sin embargo, el tema no queda agotado. Falta el estudio de las interferencias del Seguro de Invalidez con los demás Seguros sociales y con la política general, especialmente en lo relativo a la readaptación y orientación profesionales y a la organización racional del trabajo, así como el estudio económico del Seguro: efectos de la recaudación de los recursos y de las prestaciones sobre el equilibrio económico, o sea, consecuencias del coste y de las prestaciones y el examen del problema, de palpitante actualidad, de las prestaciones móviles.

Desde el punto de vista internacional, se plantea, asimismo, el problema de la conservación de derechos, la organización de pagos periódicos en el Extranjero y el balance de cuenta de los países de inmigración.

José GONZALEZ PINEDO.

Instituto Colombiano de Seguros Sociales. "Antecedentes y documentos de los Seguros Sociales en Colombia". Bogotá, 1952. Dos tomos. 641 + 565 páginas.

El Instituto Colombiano de Seguros Sociales acaba de publicar esta obra en dos tomos y con un total de 1.206 páginas.

Se trata de un trabajo de recopilación documental de los proyectos legislativos, discusiones e informes que se formularon en el país, hasta llegar a la legislación actual de Seguros sociales.

Desde el ángulo legislativo, refleja la constante sucesión de intentos, que arrancan del año 1928 con el «proyecto de Ley de Seguros del trabajo», y culmina en el año 1945 con el «proyecto de Ley por el cual se establece el Seguro Social Obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales». Entre el primero y el último mencionados hubo otros proyectos e incluso una Ley: la núm. 66, de 1936 (30 de mayo). En los proyectos hay un fondo real de preocupación impulsada por el reconocimiento de la necesidad por el testimonio general de los pueblos y por las recomendaciones de los organismos internacionales; pero hay una indecisión manifiesta respecto a la forma que debe adoptarse para concretar la Previsión Social obligatoria al país. La Ley 66, de 1936, significa un paso en falso en la obra legislativa, ya que, aprobada en 31 de marzo de dicho año con la finalidad de establecer un sistema de ahorro obligatorio de empleados y obreros sobre la base de aportación patronal obrera, tuvo que ser primeramente aplazada por la Ley 99, del mismo año, y suspendida definitivamente por la Ley 54, de 1937.

En cambio, el proyecto de 1936, debido a Arriaga, fué objeto de severo y minucioso estudio a lo largo de las legislaturas de los años 1945 y 1946, para convertirse, en 26 de diciembre de este último año, en la actual «Ley 90, de 1946», que estableció el Seguro Social Obligatorio y dió vida al Instituto Colombiano de Seguros Sociales, que lo iba a llevar a la práctica.

Desde el punto de vista doctrinal, los tomos comentados constituyen un conjunto de estudios de gran valor, por cuanto reproducen literalmente, no sólo el texto de los proyectos legislativos, sino que van acompañados de las «exposiciones de motivos», con que lo presentaron sus autores, y de la reseña de las discusiones e informes que emitieron las Comisiones legislativas que estudiaron aquellos proyectos. Desde un punto de vista integral, nos da la sensación de una discusión que se inicia en el año 1928, y que no sólo no se interrumpe, sino que va enriqueciéndose en argumentaciones en favor de la modalidad de Seguro Social hasta triturar todas las objeciones que se le podían formular. Las argumentaciones son un verdadero «tratado» de Seguro Social. Los problemas clásicos del Seguro Social son minuciosamente examinados: la idea de que debe aparecer como «un nuevo servicio público»; la imposibilidad del Seguro libre y privado para resolver las necesidades sociales derivadas de los infortunios sociales; la esterilidad del ahorro voluntario exclusivo e incluso del ahorro obligatorio como sustitutivo del Seguro; la protección por grupos profesionales o por la generalidad laboral; la inclusión de los económicamente débiles o de los trabajadores en general; la centralización y la descentralización administrativa; el grado de autonomía del órgano gestor; la participación de los interesados en la administración; la conveniencia o no de admitir la cogestión con las Compañías y Entidades privadas o mercantiles; la posición de la profesión médica ante el Seguro Social, etc. En fin, todas las cuestiones que plantea el Seguro Social son estudiadas, con el resultado concreto de las experiencias de otros países, con el testimonio de tratadistas y expertos mundiales y con el análisis del ambiente que Colombia ofrecía a la obra social que se propugnaba.

Son dignas de mencionarse las exposiciones de motivos de Montalvo al proyecto de Ley de Seguros del Trabajo (1928); de Pineda al proyecto de Ley para crear el Instituto de Previsión Social (1933); de Hernández al proyecto de Ley para crear la Caja de Seguros Sociales (1935); de Zapata y Araujo al proyecto de Ley para crear también la Caja de Seguros Sociales (1936); de Caicedo al proyecto de Ley para crear la Caja Colombiana de Seguros Sociales (1941); Arriaga al proyecto de Ley de Seguro Obligatorio (1946), que había de convertirse en la legislación actual. Y, por último, completan el valor de estos trabajos los informes de la Comisión V en las legislaturas de 1945 y 1946, del primero de los cuales aparece como ponente Jaramillo, y del segundo, Molina.

En el orden social, la obra que reseñamos ofrece el ejemplo de la evolución del Seguro Social. Entre los clásicos Seguros sociales independientes, antiguos y complejos de gran parte de Europa, que reflejan la evolución ideológica de medio siglo de historia política y administrativa, la legislación de Colombia nos presenta el ejemplo de una obra legislativa integral, en la que hay una conjunta y armónica consideración de riesgos y necesidades, en la que el me-

canismo protector se desenvuelve como una faceta perfectamente sincronizada dentro de la acción general de la política social. Resulta realmente aleccionador el hecho de que los criterios sociológicos esgrimidos a lo largo de los tres lustros de discusiones van acentuando sus matices sociales por encima de la juricidad privada, y se entroncan ya con el amanecer de la moderna concepción de la Seguridad Social, que nos traía el espíritu renovador surgido durante la segunda guerra mundial.

Esta obra del Instituto Colombiano de Seguros Sociales constituye, pues, un valioso elemento de consulta para los estudios sociales y, al propio tiempo, un claro ejemplo del esfuerzo de Colombia para situarse en la línea de vanguardia en la protección social de los trabajadores.

CARLOS MARTI BUFILL.

Instituto Mexicano del Seguro Social. "Memoria de labores, 1950". Méjico, 1951.

Resulta sorprendente para el lector sumirse en la lectura de esta obra. El libro, 375 folios, que muestran un alarde tipográfico, parece, por su título, que ha de exhibir una monótona sucesión de datos y estadísticas sobre la gestión realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 1950. Sin embargo, se ha pretendido, y se ha logrado, algo mucho más ambicioso, y es ello dar publicidad a lo que en todos sus aspectos es el régimen mejicano de los Seguros sociales.

Cuanto datos se precisen, nos los da esta obra, en la que nada ha sido olvidado. Encontramos, en primer lugar, una referencia a lo que los Seguros han supuesto en el progreso del país, desde su influencia en la política de industrialización hasta los beneficios que reporta en las esferas económica y demográfica.

En cuanto al campo de aplicación, con criterio diferente al nuestro, es estudiado en los distintos aspectos de riesgos que comprende y ámbitos personal y geográfico, justificado este último por causa de una serie de circunstancias que impiden en los Estados americanos la aplicación simultánea del régimen a todo el país.

Las distintas ramas del Seguro mejicano son las de riesgos profesionales, enfermedad no profesional, maternidad e invalidez, vejez, cesantía y muerte. Dichas ramas son estudiadas detalladamente en lo referente a sus bases generales, prestaciones, organización, etc.

Respecto de los problemas que plantea la administración de los Seguros sociales, además del derecho positivo de Méjico, una primera parte sobre fundamentos doctrinales destaca por su interés. En favor de la eficiencia, economía y garantía, el Seguro Social, como institución, ha alterado las normas tradicionales de la Administración pública. El órgano gestor del Seguro Social es creado por el Estado como corporación de derecho público, pero con fun-

ción delegada y propia, en cuanto a la misión que le corresponde. Como características esenciales del régimen en su tendencia moderna aparecen las de *unidad* del órgano gestor, poniéndose como ejemplo el caso de España, *injerencia profesional*, que hace referencia a la participación en la gestión de las representaciones oficiales, patronales y obreras, y, por último, *territorialidad*, en cuyo concepto se comprende la descentralización territorial administrativa.

El capítulo denominado *De lo jurídico* expone la fundamentación constitucional de la Seguridad Social, que parte de un abandono de los principios liberales para abocar lógicamente en el intervencionismo estatal. No es ya el individuo el que reclama la garantía del Estado, sino la sociedad, las distintas clases sociales.

El régimen económico es objeto en esta obra de un extenso y profundo estudio. Así, los recursos son tratados en su propio fundamento, en cuanto a las partes que los aportan y en lo referente a las soluciones dadas por el Derecho comparado. El costo de los Seguros es mayor en Europa que en América, donde no hay que temer el paro, y donde la natalidad no necesita fomento, sino solamente protección.

El régimen financiero en Méjico es el de reparto para el Seguro de Enfermedad-Maternidad, y el de capitalización para el de Invalidez-Vejez-Muerte, interfiriendo algunos aspectos de cada uno en el otro.

La obra finaliza con una exposición de la labor realizada por las diferentes Cajas regionales y un estudio sobre la extensión del régimen a nuevas zonas de la República.

José FERNANDEZ DE VELASCO.

Confederación de Trabajadores de Méjico. "Panorama de la obra progresista de un régimen". Méjico, 1951. 397 páginas.

Nos encontramos ante una obra de carácter propagandístico, como lo demuestra, además de su contenido, el hecho de que se haya buscado la máxima difusión, imprimiendo el texto en los idiomas español, inglés y francés. Sin embargo, ello no hace desmerecer su valor, ya que por sus páginas podemos recorrer el panorama político, económico y social que ha constituido la gestión del Presidente, Miguel Alemán, durante el mandato que comenzó en 1946.

En lo referente al aspecto puramente político, capítulos denominados *Gobernación* y *Relaciones internacionales*, aparte de que no es este lugar específico para considerarlos, se limita la obra a una sucinta exposición de disposiciones internas y acontecimientos exteriores en que ha intervenido Méjico. Es digno de destacar el acuerdo concertado con los Estados Unidos para la protección de los trabajadores mejicanos en aquel país, muchos de los cuales eran contratados por sueldos mínimos, y se encontraban faltos de toda garantía.

En el campo de la economía, donde indudablemente se encuentran los me-

jores resultados de la labor realizada en estos años, una profusión de datos y estadísticas nos informa de las realizaciones alcanzadas en la agricultura, ganadería, hacienda, recursos hidráulicos e industria petrolífera, demostrando en este último caso un gigantesco esfuerzo para alcanzar la independencia respecto de las Compañías extranjeras, que se negaban a aplicar las Leyes de trabajo.

Otro capítulo expone las funciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de los Centros de Salud y de los llamados *Sábados sanitarios*, institución consistente en que en dicho día, sobre una zona que tiene planteado un problema de higiene, se despliega todo un ejército sanitario a través de consultas, fumigaciones, consejos, vacunaciones, etc. Se expone seguidamente cuanto se ha hecho en construcción de hospitales y asistencia maternoinfantil, aspectos que demuestran el espléndido desarrollo alcanzado por Méjico, máxime teniendo en cuenta el retraso con que dicha política fué iniciada.

Termina la obra aludiendo a la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, de la que se destaca su intervención conciliatoria en los diversos conflictos obreropatronales e intergremiales, así como la prevención de accidentes y la protección a la mujer y al niño trabajadores.

La obra, pues, tiene un indudable interés. Sin embargo, no podemos dejar de observar que en la misma falta algo tan importante hoy en la política como es el vasto campo referente a la Seguridad Social, defecto que resulta tanto más extraño cuanto que el régimen del Presidente Alemán no ha sido, en forma alguna, ajeno a la misma.

José FERNANDEZ DE VELASCO.

Perraud-Charmantier y L. de Riedmatten: "Lois Sociales. Sécurité sociale". 4^e ed. Versailles. Editions de "L'Observateur". 1952. 288 págs. en 4.º.

Acaba de aparecer una nueva edición, puesta al día hasta octubre de 1951, de este conocido y útil manual de legislación social francesa. En ella se comprueba el lugar creciente y central de las Leyes de Seguridad Social, a las que prácticamente sirven de complemento las restantes. Con la incorporación de la reparación de los accidentes del trabajo a la Seguridad Social unificada, la importancia del contrato de trabajo ha sufrido un considerable menoscabo.

Tras de una breve introducción, la obra se divide en tres partes: la primera está dedicada al estudio de las condiciones precisas para estar sometido o beneficiarse de las Leyes sociales y de Seguridad Social; la segunda expone lo referente a la reglamentación del trabajo y a la protección general de los trabajadores asalariados; finalmente, la tercera comprende las tres grandes instituciones que integran la Seguridad Social francesa, a saber: las de accidentes del trabajo, Seguros sociales y prestaciones familiares.

El lenguaje y el estilo son necesariamente sintéticos, pero claros. La disposición en párrafos, la multiplicidad de referencias, las tablas analíticas y alfa-

béticas, la profusión de notas aclaratorias y jurisprudenciales, dan un carácter eminentemente práctico a este manual, que es una excelente guía en el laberinto de miles de disposiciones sobre la materia.

A diferencia de otras obras del mismo género, no faltan en ésta interesantes apreciaciones críticas, o que reflejan el lado realista de la legislación, particularmente útiles para el lector extranjero. Citemos algunos ejemplos en que se refleja la independencia de criterio de los autores: «En el camino del Seguro Social nos ha precedido Alemania; nosotros la hemos seguido a regañadientes» (página 218); «Los hospitales de Francia son, en gran parte, instituciones de que no podemos estar orgullosos» (pág. 219); «El déficit (de las Cajas de Seguridad Social), de 45.000 millones para 1950, no puede menos de engendrar una cosa: la quiebra, una quiebra resonante» (pág. 150). Las citas podrían multiplicarse.

L. J. P.

Luigi de Litala: "Diritto delle Assicurazioni sociali". 3.^a edizione. Torino. Unione Tipografico-Editrice Torinese. 1951. 662 págs. en 4.^o mayor.

Es bien conocida la obra magistral de Litala, ahora nuevamente editada con ampliaciones considerables. Como corresponde a su título, el contenido es casi exclusivamente jurídico, quedando reducida al mínimo indispensable la exposición de antecedentes históricos, la de fundamentos doctrinales sociológicos y lo referente a la organización administrativa.

El autor se mantiene en la línea que pudiéramos llamar clásica: «Sostenemos—dice en el prefacio—que la legislación relativa a los Seguros sociales puede considerarse una rama del Derecho del trabajo en cuanto el Seguro Social obligatorio presupone normalmente la existencia de una relación de trabajo». Este enfoque de la materia es correcto en un país como Italia, refractario hasta la fecha a la nueva idea de Seguridad Social, de origen anglosajón, que no ha sido recibida ni en el derecho positivo ni en la literatura italiana de Previsión Social. La obra comprende una introducción, en la que se hacen interesantes consideraciones sobre la proyectada reforma fundamental de las Leyes italianas de Previsión Social, y cuatro partes, respectivamente, dedicadas a los principios generales, a las varias formas de los Seguros sociales, a las normas de procedimiento y a las de carácter penal. El tratamiento dado a cada uno de los Seguros sociales difiere mucho en extensión y en profundidad, con indudable primacía del de accidentes del trabajo, estudiado de modo completo.

La bibliografía es muy abundante y selecta, y el plan, seguido con todo rigor, responde a las modernas exigencias de los estudios jurídicos.

L. J. P.

“Las convenciones colectivas de trabajo” (con referencia especial a la legislación ecuatoriana), por el Dr. Eduardo Cordova Guerrón.—Ediciones Cultura Hispánica.—Madrid, 1952, 271 páginas.

El doctor Cordova ha elegido para su tesis doctoral—pues tal es este libro—una materia que ofrece diversos temas de investigación de sobrada importancia para constituir otras tantas tesis con distintas características. Por ello, no podía pretender el autor tocar todos los registros que la materia elegida contiene, y, por ello también, se ha concretado a una investigación puramente técnica.

La obra que contemplamos tiene, a más del suyo propio, el valor de estar prologada por el Catedrático Pérez-Botija, en forma magnífica y con valiosa aportación de opiniones.

Considerando el fenómeno sindical antecedente y consecuencia de los pactos o contratos colectivos de trabajo, estima que, antes de tratar el tema elegido, debe tenerse un concepto claro de aquel fenómeno, para lo que hace un breve estudio sobre él, presentándolo con la doble característica de antecedente y consecuencia de las convenciones colectivas, por los motivos que aduce en las páginas 31 y 34.

Hecha la anterior introducción, plantea, con buen criterio, la cuestión de la terminología. Si en la expresión corriente es siempre importante hermanar lo más íntimamente posible la idea con la palabra o locución que ha de expresarla, es de todo punto indiscutible que en el terreno científico no ya es importante, sino imprescindible, fijar lo más exactamente posible la terminología propia de cada rama científica, siendo, por tanto, acertado el examen que el doctor Cordova hace de las distintas locuciones para llegar a seleccionar no la más cómoda ni tradicional, sino la para él más ajustada, haciendo seguidamente una breve historia de esta institución, de la que fija sus comienzos en las legislaciones australiana y ginebrina, de 1904.

Al tratar la naturaleza jurídica, examina las distintas teorías, que encuadra en cuatro grupos: civilistas, de transición, inspiración social y de carácter legal, afirmando el autor que, «recordando que las convenciones colectivas son fuentes especiales, al tiempo que instituciones importantes del Derecho del trabajo, hay que aceptar que el contenido de las mismas debe ser, por principio lógico, de la misma naturaleza que el contenido general del Derecho del trabajo. Por lo que es necesario situar el problema en un ámbito de órbita mayor, o sea en el de la misma naturaleza del Derecho laboral», rama esta última a la que, de acuerdo con Pérez-Botija, reconoce en su naturaleza carácter público y privado íntimamente unidos.

Concordando con las notas distintivas que enuncia en la página 81, define las convenciones colectivas de trabajo como «acuerdos tomados entre un patrono o asociación patronal y un sindicato de trabajadores jurídicamente constituido, en los que constan por escrito las condiciones generales a las que se deben sujetar los contratos de trabajo individuales—o, en su caso, los de grupo o equipo—, para asegurar una convivencia pacífica entre las partes que intervienen en la producción».

El contenido de las convenciones colectivas—dice—se integra por cláusulas

normativas y cláusulas obligacionales o contractuales. Las primeras son aquellas «por las que se fijan o determinan condiciones generales de trabajo, y a las cuales deben sujetarse las estipulaciones de los contratos particulares de trabajo. Las segundas «no establecen condiciones para el trabajo de carácter general, sino una verdadera relación de compromiso directo entre las partes que intervienen en la convención colectiva, y que... pueden ser de finalidad o carácter social, de carácter penal y relativas a la libertad sindical», siendo a estas últimas a las que otorga mayor interés.

Estudia luego (capítulo VII) el problema de las relaciones entre la convención colectiva y los contratos individuales de trabajo, así como el de los efectos de las huelgas (capítulo X), ambos de fundamental interés en la materia tratada.

Clasifica las convenciones en dos grupos: 1.º, por sus efectos; 2.º, por su naturaleza legal. Las del primero pueden ser: con relación a las personas, al tiempo y al territorio. Las del segundo: libres, ordinarias y oficializadas.

Por último, dedica un capítulo a la celebración, vigencia, revisión y extinción de las convenciones colectivas, con lo que completa su trabajo, exponiendo el ciclo entero de lo que pudiéramos llamar su existencia física.

Como anexo, aporta, en forma de apéndices, las disposiciones legales fundamentales sobre la materia en trece países iberoamericanos y tres europeos (Alemania, España y Francia).

La bibliografía, alejándose de la tendencia cuantitativa, es acertadamente cualitativa, criterio honrado, ya que de nada sirve llenar páginas con títulos y nombres de autores, muchos de los cuales no consultados y sin más fin que cubrir espacios.

La trascendencia del tema no es desconocida, y por ello es más estimable la aportación que hace el doctor Cordova, al que, uniéndonos al prologuista, deseamos que este libro no sea más que la iniciación de una actividad constante de investigación.

JOAQUÍN AGUIRRE LOUSTAU.

“La politique sociale aux Antilles”.—Publicación del B. I. T.—Geneve, 1952, 355 páginas.

Esta nueva publicación de la O. I. T. lleva, como todas las del organismo internacional, el interés de una información completa y extensa del problema que trata, y, como todas también, tiene el carácter de necesaria para los especialistas en cuestiones sociales.

Sin embargo, en contra de lo que el título hace suponer, no abarca más que a un país antillano, Puerto Rico, y éste comprendido en los epígrafes generales de «Territoires des Etats-Unis». Cuba, República Dominicana y Haití quedan fuera de este estudio, aunque suponemos que seguirán perteneciendo a las Antillas. Tratando únicamente de los territorios estadounidenses, británicos, franceses y holandeses, creemos que hubiese encuadrado mejor este trabajo en

un título no tan genérico, que, como hemos dicho, equivoca al lector en cuanto al posible contenido.

Comienza el libro con un examen general de la situación económica y social anterior a la última conflagración mundial, partiendo de la base tanto de que el desenvolvimiento industrial es limitado en esos territorios por razones de la ausencia o insuficiencia de los recursos naturales que exige el establecimiento de una industria moderna, como de que, no obstante los planes que tienden a estabilizar el comercio internacional, toda economía basada en las exportaciones se torna precaria.

El contenido de esta publicación abarca desde el estudio comparado de la organización política de los diversos territorios, hasta la legislación del trabajo y problemas sociales, pasando por los de mano de obra, relación profesional, salarios, empleo de mujeres y niños y seguridad social.

Es el capítulo VII el que trata de esta última materia, y en él se encuentra amplia información, a más de diversos cuadros estadísticos, aunque, según se manifiesta, en estos territorios las medidas de garantía de la seguridad del porvenir son raras, no obstante los notables progresos recientemente realizados. En la hora actual (1952) no existe aseguramiento social más que en los tres Departamentos franceses. Es igualmente de interés el capítulo referente a los problemas sociales.

El trabajo ha sido realizado por Cedric O. J. Matheus, de la División de territorios no metropolitanos de la O. I. T., con la colaboración, para los territorios holandeses, de K. L. Versteeg, de la misma División.

JOAQUÍN AGUIRRE LOUSTAU.

“Aleman y el Seguro Social”, por Gustavo Arce Cano.—Editorial Ruta.—Méjico, 1951, 143 páginas, con 22 fotografías.

El señor Arce Cano, miembro de la Academia Mejicana de Derecho del Trabajo y de la Previsión Social, del Instituto Mejicano del Seguro Social, y defensor constante de la tesis de la Seguridad Social, nos ofrece con este libro una exposición de los progresos conseguidos en Méjico en el campo de los Seguros sociales.

Divide el autor esta publicación en dos partes. En la primera, titulada «El Seguro Social», se da un concepto de éste, se hace una reseña de él en el Extranjero y se exponen los antecedentes del mejicano, para terminar con la exposición de la realidad positiva del Seguro Social en Méjico, reseñando sucinta, pero suficientemente, las características de cada uno de los que forman el todo de la Seguridad Social mejicana.

Afirma que la institución moderna del Seguro Social tiene «características matemáticas, mucho más que jurídicas», y que «es una forma de capitalización colectiva, producto de la más alta expresión de la solidaridad humana y de la lucha del hombre contra la fatalidad». Mantiene que es capitalización colectiva

porque «son los mismos asegurados los que responden recíprocamente contra los riesgos de trabajo y de carácter social. Si el Estado aporta su contribución, se debe a que a él le interesa que la sociedad no padezca la carga de los hombres sin trabajo, viejos, enfermos, inválidos, etc.». Personalmente nos parece que, a más de las características matemática y jurídica, existe la políticosocial, de influencia no despreciable, que precisamente viene reflejada en ese interés estatal de contribución a que alude el autor, punto éste que, en buena parte, también encontramos característico del Seguro Social, al que define como «instrumento jurídico del Derecho del trabajo, por el cual un establecimiento público queda obligado, mediante una cuota o prima que pagan los patronos, los asalariados y el Estado, o sólo alguno de éstos, a entregar al asegurado o sus beneficiarios, que deben pertenecer al sector económicamente débil, un subsidio, una pensión u otras prestaciones de diversa índole, cuando se realice alguno de los riesgos profesionales o siniestros de naturaleza social».

Tiene la publicación como fin una divulgación de realidades, y ello lo logra plenamente; por tanto, no es oportuno entrar en el examen de esta definición, sobre la que únicamente diremos que no parecen ser «dos mismos asegurados los que responden recíprocamente contra los riesgos».

La segunda parte del libro, titulada «Tres Años de Realizaciones», reseña todo lo realizado en ese período, dando una clara idea de la constante preocupación que ha llevado al país mejicano a su actual situación de Seguridad Social. Una serie de 22 fotografías de modernísimos edificios e instalaciones viene a completar la idea que del texto adquiere el lector.

En resumen: Una obra útil y muy necesaria para conocer la magnífica realidad mejicana en la Seguridad Social, y cuyo autor cumple plenamente el fin que se propuso.

JOAQUÍN AGUIRRE LOUSTAU.

“Asistencia hospitalaria en México”, por el doctor Gustavo Argil.—Méjico, D. F., 1951, 88 páginas.

Constituye esta publicación una síntesis de varias conferencias dadas por el autor en Río de Janeiro, con motivo de la celebración del III Censo Internacional de Organización y Administración de Hospitales, realizado en dicha capital en junio de 1950.

Se encuentra en ella un estudio, minucioso y claramente expuesto, de la historia de la asistencia hospitalaria en Méjico, desde los tiempos anteriores a la conquista de la Nueva España. Recoge las primitivas prácticas hospitalarias durante los aztecas, en que ya se aprecia una rudimentaria distribución entre curanderos y cirujanos. Detalla el esfuerzo realizado por los españoles que, imbuidos de su espíritu de caridad cristiana, comenzaron, en 1524, la fundación de hospitales con el de la Limpia Concepción de Nuestra Señora, hoy Hospital de Jesús, para conseguir posteriormente la creación de nuevos hospitales, a razón de un término medio de uno cada tres años. Estudia después la época

de la independencia, en cuya organización hospitalaria no encuentra positivo adelanto respecto a la anterior, transformándose en beneficencia pública el anterior criterio de caridad privada y religiosa al abandonar el país las religiosas que atendían los hospitales. Y analiza, por último, la política hospitalaria actual en Méjico, dividiendo la organización de hospitales en:

Hospitales del Gobierno (Centro Médico, Red Hospitalaria Nacional y Campañas Sanitarias).

Hospitales del Instituto Mejicano de Seguro Social.

Hospitales de Instituciones descentralizados (Ferrocarriles y Petróleos), Hospitales del Ejército y la Marina, etc.

Se trata, en conjunto, de una obra sencilla, de divulgación, acompañada de gran cantidad de ilustraciones gráficas, que agregan mayor atracción al que de por sí representa el texto, interesante y ágil.

JUAN ANTONIO DE CUENCA Y GONZALEZ OCAMPO.

“Revisión del Convenio (núm. 3) sobre la protección de la maternidad, 1919”. Conferencia Internacional del Trabajo. — XXXV Reunión. — Ginebra, 1952, 72 páginas.

Desde la adopción del Convenio, en 1919, sobre la protección a la maternidad, la legislación de una gran mayoría de países ha progresado notablemente y, en general, de conformidad con las disposiciones del Convenio.

Sin embargo, mucho queda todavía por hacer para que la protección de la maternidad sea reconocida como protección de las futuras generaciones, existiendo puntos de discrepancia en la legislación de algunos países ratificantes del Convenio, que impiden la completa armonía con la reglamentación internacional.

Comprendiéndolo así la O. I. T., y en vista de la gran cantidad de proposiciones de revisión del Convenio de 1919 recibidas de distintos países, decide considerar su revisión total; y, después de estudiar en el presente folleto la aplicación del Convenio de 1919, inserta las proposiciones de revisión sobre el mismo recibidas y un análisis de las mismas, para, en su consecuencia, terminar con la exposición de sendos proyectos de convenio y de recomendación sobre protección a la maternidad, destinados a servir de base para la discusión de esta cuestión por la Conferencia en su XXXV Reunión.

JUAN ANTONIO DE CUENCA Y GONZALEZ OCAMPO.

**“Conferencia Internacional del Trabajo”.—
XXXV Reunión.—Octavo punto del orden del
día.—Informe VIII (2).—Ginebra, 1952.**

Contiene este libro el Informe que, con motivo de la XXXV Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, fué preparado, tomando como base las respuestas recibidas de los diferentes Gobiernos, sobre la cuestión relativa a la protección de la salud de los trabajadores que ocupan empleos peligrosos o insalubres.

Se halla dividido en dos capítulos. En el primero se encuentran las respuestas de los Gobiernos, habiéndose simplificado el Informe, pero conteniéndose textualmente las observaciones formuladas de una forma ordenada, y presentadas de tal forma, que no hay necesidad de repetir las en forma de análisis; en el capítulo II se presentan, comentadas, las conclusiones propuestas por la Oficina Internacional del Trabajo, tomando como base las respuestas de los Gobiernos en lo que se refiere, por una parte, a la forma de la reglamentación internacional proyectada para la protección de la salud de los trabajadores en los lugares de trabajo, y, por otra, a los puntos que, por su importancia, pueden servir de base para la primera discusión de esta cuestión en la XXXV Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, llegándose a la conclusión de que la reglamentación internacional deberá adoptar la forma de una recomendación.

JULIO A. DIAZ MARTIN.

**“Revista Española de Seguridad Social”.—Índices
generales, núm. 12.—Madrid, 1951, 396 páginas.**

Como en su «Colofón y Anuncio» se indica, hace cinco años aparecía el primer número de la *Revista Española de Seguridad Social*, que, a través del *Boletín de Información*, que la había precedido, enlazaba con los antiguos *Anales del Instituto Nacional de Previsión*, constituyendo de esta forma la serie de publicaciones periódicas, órganos de la Institución, una de cuyas finalidades es la de difundir los Seguros sociales en España.

Ha venido constituyendo la *Revista Española de Seguridad Social*, sin ningún género de duda, una de las más valiosas aportaciones para los estudiosos en materia de Seguridad Social, no sólo de España, sino de todo el mundo, a través de unas páginas en que, junto a lo doctrinal y teórico, aparece una extensa información nacional, crónicas legislativas, amplia información extranjera, con noticias, documentos, legislación, etc., de todos los países del orbe; bibliografía, así como el apéndice separable, con la legislación social española correspondiente al mes de que se tratase.

Se han publicado en la *Revista Española de Seguridad Social* 10 volúmenes con más de 1.000 páginas, con un total de 11.000 páginas.

Ahora, con motivo del desarrollo e intensificación de los Seguros sociales

en los países del mundo hispánico, el Instituto Nacional de Previsión ha decidido variar el título y el contenido de la *Revista Española de Seguridad Social*, convirtiéndola en la actual REVISTA IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL. Con este tomo que comentamos se cierra un capítulo de esa serie periódica de información sobre la Seguridad Social, que el Instituto Nacional de Previsión viene prodigando a través de las páginas de la *Revista Española de Seguridad Social*.

Es indudable que, sin estos índices generales, sería muy difícil el tratar de encontrar cualquier noticia entre las 11.000 páginas publicadas; para facilitar esta búsqueda, se ha preparado este tomo, que recoge todo lo publicado, desde enero de 1947 a noviembre de 1951, a través de 12.579 epígrafes o reseñas.

Se ha dividido el índice en dos partes: una, en la que se han resumido, por secciones, las que normalmente ha tenido la Revista, guardando dentro de ellas un orden cronológico; la otra parte es un índice alfabético, en el que se han clasificado los artículos, noticias e informaciones por el sistema de diccionario, aplicándose el orden alfabético a los autores, títulos, materias y países.

Constituyen estos índices, por lo anteriormente expuesto, una buena aportación y un trabajo ya de selección y ordenación para todos los que han de trabajar en la búsqueda de datos, consulta de artículos, etc., de la *Revista Española de Seguridad Social*.

JULIO A. DIAZ MARTIN.

“Estudios dedicados al profesor Gascón y Marín en el cincuentenario de su docencia”.—Madrid.—Instituto de Estudios de Administración Local. 1952. 646 páginas en 4.º mayor.

Por iniciativa y con la aportación de todos los Catedráticos de Derecho administrativo de España, a los que se ha unido un brillante grupo de profesores y juristas, ha editado el Instituto de Estudios de Administración Local este nutrido volumen, redactado en homenaje al maestro don José Gascón y Marín, con motivo de sus bodas de oro con la Cátedra.

Además de la «Ofrenda» y del «Epílogo», debidos a los profesores Jordana de Pozas y Ruiz del Castillo, y de varios retratos y la relación de méritos, servicios y obras de Gascón y Marín, contiene el libro veintiún estudios sobre diversos temas, la mitad de los cuales contemplan diversos aspectos del elemento personal de la Administración.

Por el interés que tienen para nuestros lectores, destacamos el del profesor Pérez Serrano, sobre «Proletarización del funcionario», y los de sus compañeros los señores Pérez Botija y Jordana de Pozas, acerca de «El problema de los no funcionarios en las entidades públicas» y la «Situación y necesaria reforma del Estatuto de funcionarios públicos». En ellos, lo mismo que en varios presentados por los mismos autores al reciente Congreso para el Progreso de las Ciencias, celebrado en Málaga, se pone de relieve la evolución sufrida por las

disposiciones reguladoras de la función pública y la inferioridad en que se encuentran los empleados públicos respecto de los trabajadores particulares en muchos aspectos concernientes a la Seguridad Social. Como dice el señor Pérez Serrano en su agudo trabajo, se trata de «un fenómeno que debe constituir motivo de preocupación, tanto por las consecuencias que puede acarrear, como por la injusticia que representa ya en los momentos actuales».

“Oficina Internacional del Trabajo”.—Informe VI a) (2).—XXXV Reunión.—Sexto punto del orden del día.—“Colaboración entre empleadores y trabajadores en el plano de la Empresa”.—Ginebra, 1952.

Se da cuenta de las respuestas de los Gobiernos y del análisis de tales respuestas, con miras a formular un proyecto de recomendación sobre la colaboración entre empleadores y trabajadores en el plano de la Empresa, y se adopta la conclusión de que deberían tomarse medidas apropiadas, a fin de fomentar la creación de organismos de consulta y colaboración que permitiesen los fines que se persiguen, recurriendo incluso a la vía legal para crear tales organismos, si ello fuese preciso.

“Instituto Mexicano del Seguro Social”.—La Caja Regional de Puebla.—Su organización y funcionamiento.—Méjico, 1952, 45 páginas.

La implantación del Seguro Social Mejicano, en razón a las diversas características económicas y sociales de las diferentes zonas del país, así como de otros varios factores, fué hecha gradualmente en las diversas regiones; en una de las primeras regiones en que se implantó fué en Puebla, donde los servicios son de atención a una población de tipo semirural.

En el folleto que comentamos se exponen los antecedentes y la iniciación del régimen en esta región, pasándose después a hacer un balance de los resultados obtenidos, estudiándose para ello, muy someramente, la organización de la Caja, así como las diversas clínicas que de ella dependen, aportándose datos estadísticos de consultas, servicios y demás atenciones en ellos prestados, terminándose con un comentario sobre los resultados logrados, entre los que se destacan el haber logrado palpables adelantos en las condiciones de vida de sus asegurados.

“Instituto Mexicano del Seguro Social”.—El Seguro Social mexicano.—Síntesis informativa.—Méjico, marzo 1952, 51 páginas.

Es un folleto en que, de una manera sucinta y esquemática, se exponen los antecedentes por que pasaron los Seguros sociales en Méjico; pasa a continuación a citar las principales bases legales que forman el cuadro legislativo de la protección que, en materia de Seguridad Social, se otorga en Méjico.

Expone a continuación la organización administrativa y funcional del Instituto Mexicano de Seguros Sociales, para hablar después del campo de aplicación, contingencias cubiertas, financiamiento y beneficios otorgados por los Seguros sociales en el país, comentando más adelante, y bajo el epígrafe de «Obra realizada», la labor que en este campo ha desarrollado Méjico.

“Conferencia Internacional del Trabajo”.—XXXV Reunión.—“Protección de los menores que efectúan trabajos subterráneos en las minas de carbón”.—Oficina Internacional del Trabajo.—Ginebra, 1952, 68 páginas.

Se recoge en esta publicación la labor llevada a cabo por la O. I. T. en pro de una reglamentación internacional sobre la edad mínima de admisión al trabajo subterráneo en las minas de carbón, así como también para conseguir las instalaciones y servicios de bienestar apropiados, teniendo especialmente en cuenta las necesidades de los menores.

En la obra se incluyen: en el capítulo I, las respuestas formuladas por 28 países en contestación de los cuestionarios que se les envió por la Oficina; el capítulo II contiene un breve análisis de las respuestas de los Gobiernos de estos países y de las conclusiones que pueden formularse de ellas; en el capítulo III se reproduce el texto de la resolución propuesta para abordar los puntos en cuestión, y que servirían de base para que, en una Conferencia posterior a la que trató de todo lo referido, se pueda tomar una decisión final.

“Conferencia Internacional del Trabajo”.—XXXV Reunión.—“Resumen de Memorias sobre los Convenios no ratificados y sobre las Recomendaciones”.—Oficina Internacional del Trabajo.—Ginebra, 1952, 133 páginas.

Se trata de una publicación en la que la O. I. T. presenta, resumidas, las Memorias que, sobre los Convenios no ratificados y las Recomendaciones, han

remitido los Estados Miembros a la XXXV Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo.

Dichos Convenios y Recomendaciones son los relativos a indemnizaciones a los desempleados involuntarios, Seguro de desempleo y asistencia a los desempleados, desempleo de menores, organización nacional de obras públicas, organización del empleo en el período de transición de la guerra a la paz y organización del servicio de empleo.

Las Memorias resumidas se refieren a lo que en cada uno de los aludidos aspectos han realizado los diversos Estados.

VI. - LECTURA DE REVISTAS

REVISTAS IBEROAMERICANAS

HORACIO D. J. FERRO: *Las asignaciones familiares.* — EL DERECHO DEL TRABAJO.—Buenos Aires, marzo 1952.

El autor de este trabajo, profesor de la Universidad Nacional de Buenos Aires, expone lo que son las asignaciones o subsidios familiares y sus características. Después estudia los subsidios familiares con relación a los sistemas de Seguros, y se pregunta si esta prestación debe ser «salario o seguro». Da, en apoyo de sus teorías, opiniones de técnicos en la materia, y se pronuncia por sistemas intermedios; es decir, hasta un cierto límite, salario familiar, cuando éste no puede ser suficiente, acudir al Seguro.

Termina estudiando su naturaleza jurídica, y dice que el hecho de que se considere o no como parte integrante de la remuneración, decidirá su inclusión o su exclusión al determinar la cuantía de una prestación que se concede tomando como base el salario.

Y su opinión es que «deberán considerarse formando parte del salario si a éste se le reconoce un fin de sostenimiento de los familiares; formarán parte de la Seguridad Social conforme a la extensión que tenga el régimen en cuanto a los estados de necesidad que cubra».

E. MIRA J. LOPES: *Problemas fundamentais da orientação profissional.* — BOLETIN DO MINISTERIO DO TRABALHO, INDUSTRIA E COMERCIO.—Río de Janeiro, 1951, núm. 2.

En este artículo examinan los autores, en primer lugar, el problema del tiempo, que es de gran importancia para la orientación profesional, porque el tiempo significa dinero. Intimamente ligado con dicho problema económico, examinan el del personal, que es de extrema gravedad, ya que éste debe ser, no solamente instruido y preparado, sino también formado, y formar es más difícil que instruir. Recalcan la distinción entre aptitud y vocación, y a continuación estudian los problemas que se derivan de la libertad individual, los intereses creados, la diferencia entre las aptitudes congénitas y las adquiridas. Finalmente estudian la variabilidad de las aptitudes y del rendimiento que se entronca con la variabilidad de las técnicas profesionales, aunque—como afirman—hay todavía una mayoría de trabajadores profesionales cuya estructura técnica permanece prácticamente invariable, en los cuales los procesos de selección y orientación profesional pueden aplicarse con seguridad.

JULIO BUSTOR: *La Seguridad Social. PREVISIÓN SOCIAL.* — Chile, julio-diciembre 1951.

Empieza exponiendo los diversos conceptos que personalidades y entidades tienen de la Seguridad Social, y de todos ellos formula la siguiente definición: «Es la Institución destinada a elevar el nivel de vida de la población mediante la promoción de un ambiente nacional de salud y la concesión de medios económicos vitales de subsistencia cuando se presenten las eventualidades que determinan estados de necesidad».

En su opinión, la Seguridad Social, además de cumplir dichos objetivos, se integra en la economía nacional como un instrumento eficaz de política económica y social moderna.

La Seguridad Social se relaciona, a su juicio, con la demografía, ya que ésta sirve de base a la organización de aquélla. En efecto, para sus prestaciones establece grupos de personas trabajadoras o no, agrupaciones por edades, personas incapacitadas para trabajar por enfermedad, invalidez o ancianidad, protección sanitaria general, maternal e infantil, etc.

Considera que las jubilaciones menoscaban la producción, y opina que se debe eliminar toda tendencia al retiro prematuro, porque da lugar a una atmósfera de «ociosidad social» que induce a buscar en la jubilación un medio de vida para personas con plena capacidad de trabajo. Además, las pensiones que perciben los retirados pesan sobre la población activa y la renta nacional, y por ello tiene gran importancia el fijar la edad máxima de actividad. Si ésta no fuera demasiado elevada, se podría comprobar fácilmente: primero, que cada cuatro trabajadores en activo tendrían que trabajar, no sólo para sí y para sus fa-

miliares, sino también para un jubilado, y segundo, que muchos de esos jubilados, no sólo serían capaces de continuar trabajando, sino que de hecho muchas veces tienen que buscar en ocupaciones, por lo menos ocasionales, el medio de complementar sus ingresos.

Pasa luego a considerar la evolución experimentada en el elemento beneficiario de la Seguridad Social. Cuando empezaron los Seguros sociales, sólo se atendía a la protección al trabajador como individuo; hoy el centro de la protección ya no es el individuo, sino el núcleo familiar.

Igualmente en el caso de enfermedad ha evolucionado la forma de protección a la salud. En un principio sólo se atendía a curar las enfermedades declaradas a petición de los enfermos, y en caso de invalidez o de muerte, a conceder una indemnización económica. En la actualidad, la Seguridad Social se preocupa, no sólo de la acción curativa, sino, en muchos casos, preferentemente de la preventiva, para lo cual se han organizado importantes servicios complementarios, así podrían llamarse, de lo que fué en un principio el Seguro de Enfermedad.

Con los procedimientos de la Medicina preventiva se consiguen dos fines muy importantes: uno, el vigilar y conservar mejor la salud del trabajador y de sus familiares, y otro, una economía en lo que se refiere a las prestaciones.

Pasa luego a tratar de las pensiones, que considera indispensables para que el trabajador tenga una sensación de seguridad que repercute favorablemente en su tranquilidad para el trabajo y para su porvenir. Alude a los procedimientos más usados para la determinación de las cuantías de estas pensiones, y dice que, cualesquiera

que sean los elementos que coticen para su constitución, la realidad es que repercuten sobre la población activa con cargo a la renta nacional, y que es conveniente conocer las relaciones entre el régimen de previsión social y la producción nacional. Para ello considera indispensable que los cálculos financieros, el alcance social y la proyección económica se determinen anualmente, y esta necesidad es más imperiosa, puesto que en la actualidad se tiende a reducir al mínimo la capitalización de reservas aumentando el régimen de reparto anual.

Las bases fundamentales para estos cálculos las considera constituidas por las leyes demográficas y por las económicas, por la estrecha interdependencia que liga los hechos de estos dos tipos. A causa de esta conexión, no se puede decidir exactamente si la demografía influye más sobre la economía, o viceversa. Sin embargo, la experiencia parece demostrar que las variedades de las bases económicas influyen más en el fundamento de los regímenes de Seguridad Social que las variaciones demográficas.

Considera un aspecto esencial en la organización de la Seguridad Social el hallar un sistema que permita conseguir el equilibrio financiero de sus instituciones y, sobre todo, mantener el valor real o poder adquisitivo de las pensiones. Este problema está íntimamente ligado al estudio del papel que desempeña un régimen de Seguridad Social en la redistribución de la riqueza y en la creación, incremento y reparto de la riqueza nacional.

En lo que se refiere a las pensiones, existen dos tendencias: una, la que estima que la cuantía de las pensiones

debe ser tal que garantice al asegurado la continuación del nivel de vida alcanzado en su época activa; la segunda persigue como finalidad garantizar a todos los asegurados los medios adecuados que permitan la satisfacción de sus necesidades básicas. De todos modos, el criterio actual debe tener en cuenta las oscilaciones del poder adquisitivo de la moneda, incluso en los países de mayor estabilidad económica, para evitar que, después de cierto tiempo de concedidas las pensiones, sean insuficientes, y la Seguridad Social se transforme en un sistema completamente ineficaz y en una carga que resultaría, además de pesada, poco menos que inútil.

Finalmente trata de los regímenes financieros. «Para que la Seguridad Social responda a los fines de su concepción—dice—, es indispensable que para la concesión de las pensiones se apliquen procedimientos que compensen los efectos de la depresión monetaria. Y para la realización práctica de este propósito es necesaria una adecuada elección del régimen financiero.»

Después de estudiar sucintamente los dos sistemas clásicos de capitalización y de reparto, llega a la conclusión de que sería más adecuado y beneficioso la adopción de regímenes financieros mixtos en los que se combine el reparto simple y una capitalización moderada. El reparto simple se recomienda, pues, por la flexibilidad que presenta; tiene la ventaja de adaptarse a pensiones variables a consecuencia de reajustes posteriores, y la capitalización moderada, para suavizar alzas demasiado elevadas de los tipos de cotización entre un ejercicio y otro.

BERNARDINO HERRERO NIETO: *El Montepío Laboral británico y sus problemas.* — PREVISIÓN LABORAL.—Madrid, enero 1952.

El autor de este trabajo empieza diciendo que los Montepíos laborales ingleses surgieron en virtud y al amparo de la Carta fundacional de las Trade Unions, como un complemento de éstas, cuando el trabajador se encontraba indefenso ante todo riesgo, porque ningún Gobierno había pensado aún en preocuparse de implantar sistemas de Seguridad Social. El Mutualismo y las Trade Unions, que durante siglo y medio permanecieron unidos, siguen hoy rutas diferentes: el Mutualismo se conserva dedicado exclusivamente a sus actividades aseguradoras; las Trade Unions, por el contrario, están vinculadas a intereses de partido.

Del Seguro de Paro dice que ha sido, en realidad, una creación de las Trade Unions, que precisaban para su actuación de lucha con las Empresas, un fondo de paro y huelga. Inglaterra fué el primer país en crear el Seguro de Paro; y la cooperación más valiosa que, desde el punto de vista técnico, recibieron los Gobiernos fué la que prestaron con su experiencia las Trade Unions, habiendo sido por ello erigidas, justamente, en entidades exclusivas de gestión y administración de las prestaciones estatales para este Seguro.

En cuanto al régimen legal y a los problemas de la estructura de los Montepíos, dice que no existe ningún texto legal que regule su régimen interno, y que, en realidad, los órganos directores de una Trade Union lo son, a la vez, de su Montepío, que viene a ser como un apéndice complementario suyo.

En su opinión, el Montepío, aunque no tiene capacidad ni personalidad jurídica, ni autonomía de actuación, continúa ejerciendo su fin esencial, y ejercer una forma de previsión con carácter benéfico social en favor de sus asociados, ejerciendo los poderes que les transmiten las Trade Unions.

Trata también de la parte financiera de las Trade Unions. Sus recursos proceden, en general, de las cuotas de sus afiliados. Las prestaciones se calculan, no en función del salario o de los ingresos, sino de la cuota pagada.

Tampoco especifica la Ley la forma de administración ni de inversiones de los fondos de los Montepíos, que suelen figurar como una de las tres secciones del sistema financiero general de las Trade Unions: fondo industrial, fondo político y fondo benéfico.

Hace observar que el nuevo sistema de Seguridad Social, y sobre todo el de ocupación total, ha influido considerablemente sobre los Montepíos; éstos no perciben ya las subvenciones estatales que aumentaban sus fondos; pero, por otra parte, al estabilizarse la ocupación laboral con los nuevos planes de rearme han disminuído considerablemente sus gastos para la prestación por paro.

Finalmente hace un estudio comparativo entre el sistema de Montepíos español y el británico. La diferencia principal estriba, a su juicio, en que el sistema español considera al trabajador, no sólo desde el punto de vista profesional, sino también del familiar, y sus prestaciones tienden a aliviar estas cargas. El británico, por el contrario, montado sobre entidades de lucha y de monopolio, sólo ve en sus socios el elemento profesional opuesto a la Empresa, y sus prestaciones prin-

cipales son la ayuda legal y la de paro.

«En el fondo—termina diciendo—, el sistema español y el británico vienen a ser, según mi forma de ver, como dos interpretaciones distintas, pero no opuestas, de una misma idea.»

Complementan el estudio unos resúmenes estadísticos de los Montepíos tradeunionistas, escalas de cuotas y beneficios, y algún reglamento.

LUIS BURGOS BOEZO: *¿Quién paga los Montepíos Laborales?* — PREVISIÓN LABORAL.—Madrid, enero 1952.

El autor se propone estudiar quién ha de allegar fondos para sostener la Previsión Social; pretende averiguar quién debe pagar y quién paga realmente la previsión profesional. En su opinión, la actual distribución de cargas entre el Estado, patrono y trabajadores es más aparente que real; pues el Estado, en fin de cuentas, no es más que un órgano recaudador, ya que sus fondos se alimentan con impuestos. Los que verdaderamente sostendrían la carga serían los trabajadores y las Empresas; sus aportaciones se llamarían cotizaciones o impuestos, pero el resultado sería el mismo. Por esta razón, al pedir que el Estado contribuya con más generosidad al sostenimiento de las cargas sociales, lo que se pide, en realidad, es que aumenten los impuestos, ya que en España el régimen fiscal se basa principalmente en impuestos indirectos y de uso y consumo, y no en el impuesto sobre rentas personales, que permitirían una verdadera redistribución de la riqueza.

Examina después el autor en qué forma constituyen sus ingresos los Montepíos, y considera que la cuota del trabajador supone un ahorro que

lleva consigo una disminución del salario y del nivel de vida, que el interesado tiene que procurar compensar con trabajos suplementarios; la cuota de la Empresa se considera coste de producción, y, en realidad, la paga el consumidor, del que forman parte patronos y obreros.

Termina haciendo una llamada a la solidaridad, ya que la adscripción a cada Montepío de los fondos obtenidos por las cuotas no es ni real ni económica, y puesto que las cargas se distribuyen efectivamente entre todos, que se distribuyan también los beneficios. «La Caja de Compensación y las inversiones que hacen los Montepíos para fines sociales de carácter general sirven, aunque todavía modestamente, a esa obligación.»

ROSA E. CASTILLO: *El Servicio Social en la Caja del Seguro.*—REVISTA DE LA CRUZ ROJA PANAMEÑA.—Panamá, febrero 1952.

La autora de este trabajo, asistente social, Jefe del Servicio, empieza diciendo, a modo de introducción, que el Servicio Social ha adquirido en los últimos años un gran impulso al ser reconocida su utilidad por los Estados modernos.

«El Servicio Social—dice—, no sólo interesa para la comprensión y solución de los problemas del individuo y del grupo, sino que enfoca su acción para conseguir el interés público sobre estos problemas, con el objeto de promover acción social.»

En su opinión, todo organismo de Seguridad Social debe llevar su actuación más allá de las puertas de sus oficinas, para poder desarrollar una labor eficaz de verdadero sentido social.

Considera que las asistentes sociales son funcionarios públicos, que ne-

cesitan una formación profesional adecuada al trabajo especial que han de llevar a cabo y una verdadera vocación para él. La asistente social debe reunir, a su juicio, las siguientes condiciones: gran laboriosidad, mente flexible y despierta, sentido de la responsabilidad y la convicción de que los seres humanos pueden cambiar y mejorar. Su cometido no será solamente atender a necesidades inmediatas, sino investigar los problemas hasta averiguar dónde radica el mal, para buscar incansablemente soluciones a esos problemas, sean de orden social, económico, sanitario, cultural o moral.

A continuación expone la organización del servicio en la Caja y la labor a realizar.

La Oficina del Servicio Social está organizada sobre bases científicas que le permite desarrollar su labor aplicando la técnica y los métodos más apropiados. El personal lo constituye una jefe del Servicio, especializado, y cinco asistentes sociales, ya entrenadas, y que han realizado sus estudios en la Escuela del Servicio Social de la Universidad de Panamá. Cada una de ellas tiene a su cargo uno de los sectores en que, para mayor facilidad de trabajo, se ha dividido la ciudad, y es responsable de todos los casos que en él se registren.

Las actividades de este Servicio se desarrollan, principalmente, en el campo médicosocial, y en la actualidad corresponde, casi en su totalidad, a la tuberculosis y a las pensiones de invalidez.

La asistente social realiza su trabajo dentro de la Caja del Seguro y fuera de ella. En la Caja tiene a su cargo lo relacionado con los ingresos, informaciones y acuerdos. Atiende a los nuevos casos por medio de entrevistas personales para familiarizar a los interesados con la oficina, proporciona

información médica y prepara las visitas al hogar. También se encarga de archivar los datos sobre las historias clínicas, análisis de laboratorio y reconocimientos médicos, y, en caso de necesidad, enviar los medicamentos a los enfermos hospitalizados que no tienen familiares que puedan ocuparse de ellos.

Fuera de la oficina realizan las siguientes funciones:

a) Visitas al hogar, para conocer el ambiente, darse cuenta de la situación y realizar una buena labor reconstructiva, abordando problemas morales, resolviendo conflictos, dando instrucciones sobre higiene, orientación sobre presupuestos domésticos, alimentación, régimen de vida, etc.

b) Coordinación con los distintos servicios similares, con el fin de evitar duplicidad de trabajo.

c) Enlace con hospitales, clínicas, dispensarios, etc., para colaborar con los médicos, proporcionándoles la información social necesaria en cada caso y atendiendo y visitando periódicamente a los hospitalizados.

d) Conexiones con Empresas públicas y privadas. Sirve de enlace en todos los centros de trabajo, con el fin de obtener o de facilitar toda la cooperación necesaria en relaciones con los problemas laborales.

Termina dando cuenta de que ya se han efectuado actividades de grupo, como cursos de capacitación, creación de una biblioteca, celebración de fiestas, charlas divulgadoras, etc.

La labor del Servicio Social en la Caja de Seguro se traduce en: 1.º, fomento de las buenas relaciones entre los asegurados y la Institución; 2.º, proponer servicios metódicos y amplios; 3.º, contribuir al mejoramiento de la salud del asegurado; 4.º, procurar que tenga el mejor apro-

vehamiento posible de los beneficios concedidos, y 5.º, elevar su nivel de vida, tanto en el terreno económico como en el cultural y espiritual.

ANTONIO LEÃO: *Regime financeiro do Seguro Social*.—INSTITUTO DOS ACTUARIOS PORTUGUESES.—Lisboa, diciembre 1951, núm. 6.

El autor, licenciado en Ciencias Matemáticas, empieza su trabajo indicando algunas de las dificultades a las que ha de hacer frente la administración del Seguro a largo plazo y en régimen de capitalización; es decir, el de pensiones. En primer lugar, señala el gran volumen de los capitales. La fortuna acumulada, que sería, aproximadamente, de unos 30 millones de contos, transformaría las instituciones del Seguro Social en organizaciones financieras demasiado poderosas.

Resalta el aspecto puramente social que debe presentar la Previsión Social en todas sus inversiones para poder distinguir en seguida la necesidad de obtener una renta mínima al tipo técnico de interés.

La necesidad de valorar las cargas en términos de salario es otro de los aspectos estudiados, en el que se expone la distinción entre el Seguro social y el Seguro comercial, que tiene fines lucrativos. Las reservas matemáticas del primero tendrán que defenderse de una depreciación monetaria, aunque se compruebe que las inversiones verdaderas no constituyen un remedio completo para ese peligro. En una

nota adicional hace ver que los índices del coste de vida no traducen verdaderamente la evolución de los salarios, cuyo poder adquisitivo ha experimentado importantes incrementos a causa del desarrollo industrial.

También deberán estar condicionadas las aplicaciones del Seguro Social (se refiere al riesgo del que hay que defenderlas). Finalmente, el autor hace observar que las dificultades de encontrar un mercado para las grandes inversiones del Seguro Social aumentarían si las inversiones a largo plazo no se eligieran sistemáticamente. En favor de esta tesis hay que reconocer que, *grosso modo*, las reservas crecen constantemente hasta un valor estacionario, y por ello dispensan a las instituciones de Previsión del trabajo y el gasto de hacer una liquidación que no necesitan.

Estudia también, retrospectivamente, el resultado de sucesivas inversiones mobiliarias anuales de un mismo valor real, así como las inversiones realizadas en libras-oro, adquiridas en las épocas de mercado libre.

Por medio de varios cuadros intercalados en el texto, aclara sus conclusiones, pudiéndose comprobar en uno de ellos que todas las inversiones mobiliarias han producido rendimientos negativos, con una sola excepción.

Las conclusiones a que llega el autor de este trabajo demuestran que, en cuanto mediante ellas se puede predecir para el futuro, se admite en general la imposibilidad de aplicar con éxito el sistema de capitalización para un Seguro a largo plazo.

DE OTROS PAISES

JOHANNES HIMMEL: *Die Landwirtschaft und die Neugestaltung der Sozialversicherung* (La agricultura y la nueva organización del Seguro Social). — DEUTSCHE VERSICHERUNGSZEITSCHRIFT.—Núm. 7-8, 1952.

Empieza en este artículo el autor diciendo que en la clase agrícola del Reich se ha planteado recientemente la cuestión de si debe preponderar el principio de la asistencia o del Seguro, y si éste debe ser obligatorio o voluntario. Dice que la Confederación de Agricultura, de Alemania, se ha manifestado en contra del Seguro único, lo cual le lleva a analizar las necesidades respecto del Seguro en el ramo agrícola, y que tiene como consecuencia un sentido especial de la propia responsabilidad; sobre todo en caso de enfermedad, las necesidades varían en alto grado, ya que el trabajador agrícola percibe, en general, un salario menor que el trabajador industrial, y, por otra parte, posee, con frecuencia, terrenos propios o en arrendamiento; además, posee vivienda gratis, sin tener que pagar alquiler alguno, por lo que, en muchos casos, pueden hacer frente, en parte con sus propios medios, a la posible incapacidad de trabajo. Por consiguiente, no depende tanto como el obrero industrial, en caso de incapacidad, de la prestación económica. Por otra parte, continúa manifestando el autor que es más penoso para el trabajador agrícola sufragar los gastos de enfermedad (medicinas, prótesis dentaria, etc.) de los familiares. Ter-

mina todas estas consideraciones sentando el principio de que el Seguro de Enfermedad de los trabajadores del ramo agrícola debe tener una administración autónoma en relación con los restantes Seguros.

Se ocupa a continuación de la sobresaliente labor que en todos los terrenos del accidente del trabajo han realizado las Mutualidades y del subsidio de vejez de los campesinos alemanes, terminando su artículo con la declaración principal de que en el ramo agrícola debe ponderar el principio de la administración autónoma.

DR. JUDURC HEYDE: *Gedanken über den Arzt in der Zukunft der Sozialpolitik* (Ideas respecto al médico en el futuro de la política social). — DEUTSCHE VERSICHERUNGSZEITSCHRIFT.—Berlín, núm. 2, febrero 1952.

Empieza este interesante artículo hablando de la crisis del Seguro de Enfermedad y afirmando que a los beneficiarios se debe hacer partícipes de lo que encierra en su significado dicho Seguro, a saber: el restablecimiento de la salud y de las energías para satisfacer las exigencias impuestas en el trabajo y en el descanso a los asegurados económicamente débiles. Declara que el actual Seguro de Enfermedad no cumple, al menos satisfactoriamente, dicha condición, y que, aunque posee la técnica del tra-

tamiento del enfermo, no ha acertado a evolucionar convenientemente para captarse la voluntad de los pacientes. Afirma a continuación que no se propone hacerse eco de la campaña desencadenada contra las Cajas del Seguro de Enfermedad, sino sugerir ideas para dictar una nueva ordenanza de la política sanitaria y social que dote al Seguro de Enfermedad del carácter de imprescindible mediante un saneamiento del mismo, para lo cual cree que hay que empezar por suprimir el actual Seguro, en el que existe una gran desproporción entre los gastos del tratamiento médico y la excesiva duración de internamiento en hospitales, por una parte, y los honorarios médicos, por la otra. Por eso opina que no es posible devolver al pueblo la confianza hacia el médico mientras los pacientes tengan la impresión de que como afiliados a una Caja son peor atendidos que como pacientes particulares, aunque le consta al autor que la clase médica se esfuerza en dar un mentís a dicha creencia. Estima que sería más acertado elevar los honorarios de los servicios médicos que los gastos de hospital, y afirma que, por otra parte, el mero cambio de retribución por cabeza a retribución por servicio sirve de poco o de nada si no se elevan los gastos para el tratamiento del asegurado enfermo. Propugna la igualdad de trato entre los trabajadores y los funcionarios que actualmente disfrutan de ventajas como medio de aligerar la carga que gravita sobre las Cajas de Enfermedad y no mediante una transferencia del riesgo a otra rama del Seguro, lo cual supondría una elevación de las cotizaciones. Por otra parte, se declara partidario de la celebración de convenios sobre nombramientos de médicos entre las Federaciones de trabajadores y las respectivas industrias.

DR. ELNABETH SIEFMANN. *Zur Entwicklung der Sozialversicherungsreformen* (Pasos para la reforma del Seguro Social). — DEUTSCHE VERSICHERUNGSZEITSCHRIFT. — 20 octubre 1951, cuaderno 10.

Es éste, según el autor, un problema que le lleva a examinar los albores de la Seguridad Social, y que, como primera providencia, se ha de plantear la cuestión de si debe predominar la asistencia sobre el Seguro, o viceversa. Parte del estudio de la antiquísima Ley de 7 de abril de 1876 hasta la legislación que se ha promulgado últimamente en las diversas zonas alemanas de ocupación.

El problema que más interesa es el de la relación entre la legislación sobre retribución del trabajo y la legislación referente a los Seguros sociales, pues dice que hay que poner ambas legislaciones en perfecta armonía, lo cual le lleva a realizar un interesante estudio sobre las llamadas cargas sociales y su influencia en la economía.

WERNER MAHR: *Eine volkswirtschaftliche Theorie der Sozialversicherung?* (¿Existe una teoría económica popular del Seguro Social?). — DEUTSCHE VERSICHERUNGSZEITSCHRIFT.

En este artículo pretende demostrar el autor que el Seguro Social puede de tal modo influir sobre el poder adquisitivo de la masa de una población, a través de sucesivas modificaciones de las cotizaciones y de las prestaciones, que consiga lograr una estabilización automática de la coyuntura económica.

G. A. BULLA: *Das neue Mutterschutzgesetz des Bundes* (La nueva Ley federal sobre protección a la madre). — RECHT DER ARBEIT.—Berlín, enero 1952, cuaderno 1.º

El autor de este artículo, que es catedrático de la Universidad de Colonia, empieza manifestando que la nueva Ley marca un importante jalón en el camino de la renovación federal del Derecho social alemán. Examina minuciosamente las innovaciones de la nueva Ley en cuanto hace referencia al campo de aplicación—tanto en consideración a las personas como al ramo laboral—; al deber que tiene la mujer embarazada de comunicar su estado, para cesar obligatoriamente en el trabajo, y de solicitar un certificado médico a expensas del patrono; al deber del patrono de informar, en consecuencia, a la Inspección del Trabajo; a la obligación de abandonar su actividad laboral la madre durante un período anterior y posterior al alumbramiento; a la prohibición de trabajar más de ocho horas y media diarias y de realizar trabajos nocturnos y en días festivos; al descanso cotidiano; a las limitaciones referentes al despido de las trabajadoras que, en general, no puede tener lugar durante su embarazo y durante los cuatro meses siguientes al alumbramiento, al cual principio se le ha dado el carácter de norma de derecho necesario; a las prestaciones, tratando primeramente de la remuneración al trabajo, que se ha de abonar en los plazos en que, en vista de proteger la salud de la trabajadora, impone la Ley la prohibición de trabajar, y, a continuación, del subsidio semanal corriente y del subsidio de lactancia.

Por último, trata el autor de las disposiciones referentes a la ejecución de la nueva Ley federal sobre protección a la madre, manera de llevar a cabo la inspección de la misma, reclamaciones contra el Comité de Inspección, sanciones a las disposiciones de dicha Ley, etc., y una cláusula derogativa de la legislación anterior.

ECKERT BAM BOM: *Aktuelle Betrachtungen zur Reform der Sozialversicherung* (Consideraciones actuales para la reforma del Seguro Social). DEUTSCHE VERSICHERUNGSZEITSCHRIFT.—Berlín, núm. 1, enero 1952.

Empieza el autor diciendo que la reforma del Seguro Social, emprendida en parte después de la primera guerra mundial, es hoy necesaria, dada la convulsión en que se debate actualmente el mundo, y que eje de la reforma debe ser la Ley de 22 de febrero de 1951 para el restablecimiento de la administración autónoma, ya que es hora de dar a los responsables la posibilidad de desplegar sus propias actividades. Se refiere después a la Ley sobre aumento de pensiones, y observa que dicha Ley recalca la necesidad de establecer una justa proporción entre las cotizaciones y las prestaciones, ya que, por no observar el debido equilibrio, peligra para la generación actual la eficacia de las medidas de previsión dictadas en consideración a la vejez. Examina, por otra parte, los tratados de reciprocidad concluidos con varios Estados, sosteniendo que una cuestión de importancia es que dichos tratados sean extendidos al territorio de Berlín.

DR. GUSTAV HENRICH: *Puntos de vista respecto al Seguro Social.*—DIE VERSICHERUNGSRUNDSCHAU. — Viena, cuadernos 11 y 12 del año 1951, y 1 y 2 de 1952.

En este interesante artículo, el autor, que es profesor de la Universidad de Viena, dice que cuando se habla de reformar el Seguro Social hay unos que opinan que se debe tender a implantar medidas para conseguir una economía en la administración, y otros que se deben aumentar las prestaciones, lo cual le lleva a afirmar que sólo serán posibles ambas reformas cuando se haya elevado el nivel de vida de la clase trabajadora por el carácter de subsidiariedad del Seguro Social, al cual no se le puede considerar como panacea político-social, ya que su único cometido es el de impedir que todo trabajador quede sin medios de subsistencia y, sucesivamente, velar por los supervivientes del asegurado. Claro es que, como indica el autor, la subsidiariedad ha de ser distintamente considerada, según que se aplique a una población que disfrute de un mayor o menor nivel de vida. Seguidamente se pregunta si el Seguro Social es verdadero Seguro, y dice que aunque participa de gran parte del empaque asistencial—pues el sistema financiero se diferencia del de Seguro privado—, ha desaparecido la equivalencia entre la cotización del asegurado y la prestación del Seguro; la cotización no es solamente aportada por el asegurado, sino también por el patrono y el Estado, y las prestaciones no corresponden al sistema general de un Seguro, sino que tienen el carácter asistencial, consistente en adaptarse al grado de necesidad del asegurado; sin embargo, aun hoy hay que calificarlo

de Seguro. El problema se ha reducido, según dice el autor, a una disensión entre los partidarios del principio asistencial y los del principio asegurador; pero, en el terreno de las realidades, no hay duda que prevalece el carácter de Seguro, no sólo por existir la aportación del asegurado, sino por la tendencia a hacer que ésta perdure y aumente.

A continuación analiza, respectivamente, la eficacia de la protección y amparo que supone el Seguro; el carácter accesorio del Seguro Social; la forma general de mejorar las pensiones y los métodos especiales a que hay que recurrir en los casos de urgencia; la forma en que se fija el límite de edad para comenzar a disfrutar las pensiones de vejez, mostrándose partidario de no adelantar mucho la edad, por estimar que en la actualidad la capacidad para el trabajo entre los ancianos es mayor que antes, y que al retirarse del trabajo y dejar de percibir la remuneración normal de éste se les presenta el problema, aparte de sus efectos psicológicos, de tener que hacer frente a la vida con la insuficiente pensión de vejez. Termina su artículo el doctor Henrich examinando ligeramente el problema financiero que presenta el Seguro en Austria.

RAYMOND LATIN: *Esquisse d'un nouveau régime d'allocations familiales* (Bosquejo para un nuevo régimen de Subsidios familiares).—REVUE DES ALLOCATIONS FAMILIALES. — Bruselas, diciembre 1951, núm. 10.

El autor de este interesante estudio empieza planteándose la cuestión de si los Subsidios familiares constituyen un problema demográfico, decidiéndose por la negativa en general, pues la

cualidad de los subsidios radica, en su opinión, en prestar una ayuda a las familias con hijos, que sin ella no podrían subsistir. Pero como es necesario realizar una política demográfica en la Walonia, se hace preciso, según demuestra con sendos datos estadísticos, una reforma urgente del régimen de Subsidios familiares, lo que le ha llevado a escribir el artículo del que nos ocupamos, pasando a exponer al lector las tendencias actuales en materia de reforma del mencionado régimen.

Por su parte, el autor propugna que dicha reforma se lleve a cabo basándose en el principio de la descentralización, suprimiendo las Cajas primarias actuales y creando Cajas regionales, de manera que la jurisdicción de las mismas coincida, lo más exactamente posible, con un cierto tipo de actividad industrial y con un cierto modo de vivir en determinadas condiciones económicas; en cuanto a la gestión, cree que los organismos sindicales deberán disponer de dos terceras partes de los mandatos, y con referencia a los delegados patronales, declara que la representación de un tercio les permitiría controlar eficazmente la utilización de los fondos.

En cuanto a la compensación, propone que la Caja Nacional reparta los fondos de la O. N. S. S., tomando por base el número de hijos beneficiarios inscritos en cada Caja regional.

Y, por último, afirma que el Consejo de Administración de dichas Cajas, compuesto por representantes de los trabajadores, de los patronos y, a título consultivo, de las organizaciones familiares de la región, determinaría, por un período de uno o varios años, el empleo que conviene dar a dichos fondos, tomando en consideración la estructura demográfica, las condiciones económicas, etc.

PIERRE SOUDET: *L'Equilibre financier de la Sécurité Sociale en 1952* (El equilibrio financiero de la Seguridad Social en 1952). — DROIT SOCIAL. — Noviembre 1951, núm. 9.

Este artículo se divide en dos partes, estudiando en la primera la situación financiera y en la segunda los medios de resolverla.

En cuanto a la situación financiera, declara que el Consejo Superior de la Seguridad Social había puesto de relieve la existencia de un déficit, en el año 1950, de 30.000 millones de francos, lo cual planteaba al Tesoro un problema difícilísimo, ya que, desde mediados del año 1949, tenía que saldar con sus disponibilidades el déficit global del régimen de Seguridad Social. La primera mitad del año 1949 confirmó este panorama desolador, por lo que recalca el autor la necesidad de que se tomasen medidas, al menos conservadoras, a lo que respondió en parte la Ley de 1 de septiembre de 1951, sobre anticipos que, aunque constituye un respiro, no es una solución para la situación del ejercicio correspondiente al año 1952, que se anuncia con mayor dificultad aún, lo cual lleva al autor a estudiar los elementos de la solución en la segunda parte de su documentado artículo, en la que analiza primeramente las causas esenciales del déficit, a saber: 1.º que los ingresos de la Seguridad Social, por estar estrechamente ligados a los salarios, tienen poca elasticidad; 2.º que aumenta sin cesar el número de beneficiarios y el importe de las prestaciones; 3.º que los nuevos beneficiarios no han aportado en la contrapartida contributiva ningún esfuerzo, y 4.º que existen posiciones privilegiadas y faltas de responsabilidad en los que aportan sus servicios. Seguidamente, apunta dife-

rentes soluciones para dichas causas de desequilibrio; así, a la causa primera dice que responde el empeño de adaptar los ingresos a las fluctuaciones de los gastos mediante un mejoramiento del actual régimen financiero, el cual se puede lograr introduciendo procedimientos de ejecución de los bienes del deudor más rápidos y eficaces, y precisando más los contornos del salario, con lo que se hace desaparecer la tentativa corriente entre los patronos de substraer una parte de dicho salario a las leyes fiscales bajo forma de primas o de suplementos, o mediante la implantación de nuevas fuentes de ingresos.

En cuanto a la segunda causa de desequilibrio, opina que se podría poner en relación el derecho a las prestaciones con la capacidad financiera del régimen o con el esfuerzo de cotización consentido por el asegurado.

En relación a la tercera de las causas mencionadas, manifiesta que la extensión sin contrapartida del régimen de Seguridad Social consiste en el hecho de haber tenido acceso a los beneficios del Seguro una parte de la población que cotiza insuficientemente, para cuya solución se ha propuesto expulsar del sistema a los falsos asalariados, lo cual entraña, indudablemente, grandes dificultades en orden a la prueba, razón por la que se ha buscado la solución en un terreno diametralmente opuesto, consistente en extender obligatoriamente, por lo menos, el Seguro de Enfermedad a toda la población, con lo cual se restablecería el equilibrio entre los cotizantes y los beneficiarios; por último, señala el autor que se ha propuesto una tercera solución en el sentido de organizar al lado de la Seguridad Social todo un sector autónomo de garantía que posea un equilibrio

financiero autónomo y que funcione, por ejemplo, según los principios de la Mutualidad.

Seguidamente manifiesta que a las cargas anormales de la Seguridad Social corresponde lo que se ha dado en llamar «la política de las transferencias», que no realiza solamente un desplazamiento de las cargas, por lo que es urgente que éstas sean definidas con precisión; que se reglamente la transferencia de las mismas, y que se lleve a cabo la distribución entre sus titulares legítimos.

En el último apartado de su interesante artículo afirma M. Soudet que todas las tentativas que se proponen restablecer sobre bases sanas el equilibrio interno del régimen general se han desarrollado en el sentido de amputar ciertos riesgos y de emprender ciertas modificaciones estructurales al objeto de poner en correlación directa los ingresos y los gastos de la Seguridad Social.

En el primer aspecto se ha hablado de no cubrir el pequeño riesgo y de aumentar el plazo de carencia; de crear una franquicia antes del reembolso; de fijar la edad de retiro a los sesenta y cinco años; de modificar las relaciones entre la Seguridad Social y el Cuerpo Médico, etc. En el segundo sentido se ha hablado de reformas de estructura que permitan controlar el coste de los servicios médicos y de hospital, para lo cual se precisa una reforma del régimen de hospitales; también se ha pensado en la apertura de centros de diagnóstico y de tratamiento por parte de las Cajas de Seguridad Social y en la implantación del Servicio Nacional de la Salud. Termina diciendo que, sea lo que fuere de las diferentes sugerencias formuladas, ha quedado en suspenso: hasta el momento presente, la cuestión

de la reforma de la estructura administrativa de los organismos de Seguridad Social, ya que ha parecido que dicha reforma debe estar subordinada a las directrices que se emprendan cuando se reorganice el régimen de prestaciones y de cotizaciones.

TIZIANO G. FORMAGGIO: *Malattia cronica o malattia incurabile nella frassi assicurativa* (Enfermedad crónica o enfermedad incurable en la práctica aseguradora).—SICUREZZA SOCIALE.—Abril 1952, núm. 4.

En este artículo el autor declara que existe diferencia entre la enfermedad crónica y la incurable, y que por ello no parece oportuno excluir las enfermedades crónicas de las prestaciones del Seguro.

GIUSEPPE VERDEECCHIA: *Prevenzione e cura delle malattie* (Prevención y tratamiento de las enfermedades.—I PROBLEMI DEL SERVIZIO SOCIALE.—Roma, mayo-agosto 1951, números 3 y 4.

Manifiesta el autor que sería preciso variar el concepto legal de la prevención, haciéndose necesario definir los estados que denuncian la alteración del equilibrio fisiológico del individuo, aunque en su primera manifestación no determinen una incapacidad laboral parcial o total, temporal o permanente; consiguientemente, sería preciso decidir qué debe hacer el Seguro de Enfermedad para impedir que los mencionados estados desembocuen en formas que lleven consigo la referida incapacidad. Dice a continuación que, a fin de llevar a buen

término su cometido, el Seguro se encuentra frente a la alternativa de si todos los esfuerzos y medios se deben concentrar en un solo organismo o si deben distribuirse entre varios, afirmando el señor Verdeecchia que las iniciativas, siempre loables, de las diversas instituciones deben ser disciplinadas y dirigidas hacia un objetivo común, con el fin, por otra parte, de evitar duplicidad e interferencia de actividades, y, sobre todo, la dispersión de medios que tiene lugar cuando las actividades están desconectadas, por lo que es conveniente que la dirección, la coordinación y la confección de las normas reguladoras de la acción preventiva sean al mismo tiempo un derecho y un deber del Estado. Por último, considera oportuno trazar un método para resolver el problema de la prevención de las enfermedades, y que podría consistir en un plan de profilaxis y vacunación, diagnósticos al aparecer los primeros síntomas, visitas periódicas, curas obligatorias y visitas de habilitación para el trabajo.

GIUSEPPE CAPAGNE: *Studi internazionali sugli assegni familiari* (Estudios internacionales sobre los Subsidios familiares.—L'INADEL.—Roma, diciembre 1951, núm. 24.

El presente estudio, referente a un Congreso celebrado en París, con delegados de 22 naciones, para tratar especialmente del «nivel de vida de las familias y de la compensación de las cargas familiares», se ocupa, en primer lugar, de las medidas de compensación, que clasifica en complementos familiares normales; ayudas excepcionales en determinados casos; ayudas bajo forma de reducciones en

impuestos, tarifas, derechos, prestaciones en especie, y medidas de protección del hogar doméstico. Seguidamente trata de los antecedentes legislativos del actual régimen francés de Seguridad Social y de Subsidios familiares; de las prestaciones en dinero y en especie del régimen financiero francés, que funciona sin contribución alguna del Estado; de la evolución de la legislación francesa sobre Subsidios familiares. Por último, se refiere a la gestión de los referidos subsidios en Italia y al modo como están reguladas actualmente las prestaciones y las cotizaciones.

GINA PAPA: *El Seguro contra el paro y sus resultados.*—PREVIDENZA SOCIALE.—Roma, marzo-abril 1952.

Este estudio expone los resultados conseguidos en Italia por el Seguro obligatorio contra el paro desde su implantación, en 1920, hasta el año 1951. El autor menciona las diferentes disposiciones legislativas que han regulado dicho Seguro, y se refiere seguidamente a diversos datos estadísticos, haciendo resaltar:

- a) la extensión progresiva del campo de aplicación del Seguro;
- b) el aumento gradual del número de beneficiarios y el volumen global de prestaciones concedidas cada año;
- c) la relación entre el número de subsidiados y el de inscritos en las Oficinas de colocación;
- d) la cuantía alcanzada por los subsidios en relación con las retribuciones medias de los asegurados.

PIETRO D'AGATA: *La tutela de los supervivientes en el Seguro obligatorio.*—PREVIDENZA SOCIALE.—Roma, marzo-abril 1952.

El autor realiza un profundo estudio de la protección concedida en Italia a los familiares de asegurados y pensionistas fallecidos.

Tras un breve examen de la evolución histórica del problema, pasa a comparar el régimen general y los diversos regímenes especiales existentes en la actualidad, analizando las condiciones exigidas para la concesión de las prestaciones a las diversas categorías de derechohabientes.

El trabajo finaliza aludiendo a los sistemas vigentes en los principales países. De este examen comparativo se deduce el progreso realizado por el Seguro, tanto en el campo italiano como, en el internacional.

ANTONIO DEL PRINCIPE: *La asistencia preventorial a la infancia en régimen asegurativo.*—PREVIDENZA SOCIALE.—Roma, marzo-abril 1952.

Estudia el articulista los diversos tipos de preventorios infantiles contra la tuberculosis, aludiendo a los tratamientos que debe impartir cada uno de ellos. A continuación se refiere a las condiciones sanitarias para la admisión en el preventorio y a las que deben cumplirse para causar baja en el establecimiento.

Debe atenderse a la educación de los niños mediante la creación de una escuela reconocida, personal docente especializado y nombramiento de un capellán que provea a la formación religiosa.

INTERNACIONALES

Les problèmes et la politique du logement dans les pays d'Amérique Latine (Los problemas y la política de alojamiento en los países de América Latina). — REVUE INTERNATIONALE DU TRAVAIL. — Marzo 1952, número 3.

El presente artículo da a conocer los progresos realizados en los últi-

mos años en los diferentes países para mejorar la situación de la vivienda. En él se analiza la naturaleza del problema, lo que han realizado los trabajadores, los patronos y el Estado para su solución, el problema de los materiales de construcción, la asistencia técnica y los elementos de una solución general del problema.