

Revista Iberoamericana
DE
SEGURIDAD
SOCIAL

(Director: Luis Jordana de Pozas)



Noviembre-Diciembre 1956. MADRID Año V.-N.º 6

INDICE

Páginas

I.—ESTUDIOS

<i>Los médicos y el Seguro de Enfermedad</i> , por HANS MÖLLER... ..	1321
Seguro de Enfermedad. Consideraciones generales, consideraciones médico-sociales sobre Guatemala y proyecto en estudio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social... ..	1337

II.—CRONICAS E INFORMACIONES

Internacional.

Crónica de la Reunión de Organismos de Seguridad Social de Centroamérica, Méjico y el Caribe... ..	1405
Aportaciones especiales de los Organismos internacionales... ..	1416
Crónica de la Primera Conferencia Internacional de Actuarios y Estadísticos de la Seguridad Social... ..	1423
Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Acto de transmisión de la Presidencia de la O.I.S.S. en Bogotá... ..	1428
XII Congreso Internacional de Medicina del Trabajo... ..	1438

NOTICIAS IBEROAMERICANAS :

Argentina.

Cumple cien años una Asociación mutualista... ..	1438
Problemas actuales del Régimen Obligatorio... ..	1439
Pagos de subsidios obreros... ..	1441
Salario familiar para el personal de televisión... ..	1441
Servicio asistencial para obreros gráficos... ..	1442
Pídesese un órgano de Ayuda Social... ..	1442
Estudio de los nuevos salarios familiares... ..	1443

Bolivia.

Creación de un régimen de asistencia familiar... ..	1444
---	------

Brasil.

Plan general de formación profesional en las fábricas... ..	1445
El Servicio Social Rural... ..	1447
Intervencionismo estatal de los Seguros privados... ..	1448
El I.P.A.S.E. construye obras sociales... ..	1448

Chile.

Pensiones especiales por enfermedades profesionales y silicosis... ..	1449
---	------

España.

La redistribución de la renta nacional... ..	1449
Seguridad Social para los representantes del comercio... ..	1450
Asistencia social a los ciegos... ..	1450
Coordinación de los servicios sanitario-asistenciales... ..	1451
Constitución de una Comisión para elaborar un proyecto de organización de inválidos civiles del trabajo... ..	1451
Revalorización de pensiones y prestaciones... ..	1452
Congreso de Medicina del Trabajo... ..	1452
Nuevas retribuciones para el personal del Seguro de Enfermedad... ..	1453

<i>Méjico.</i>	
Sugerencias para la VI Conferencia Hemisférica.....	1453
<i>Paraguay.</i>	
Seminarios sobre anemias y su clasificación.....	1453
<i>Perú.</i>	
Nuevas bases del Seguro Social Obrero.....	1454
Asociación Mutualista de Empleados Públicos.....	1454
Campaña Nacional de Sanidad.....	1456
Reorganización del Seguro Social del Empleado.....	1457
Elevación del monto de las prestaciones del Seguro del Empleado	1457
<i>Portugal.</i>	
Variaciones en el Reglamento de la Caja Sindical de Previsión de los Profesionales del Seguro.....	1458
Casas de renta económica a construir en Carcavelos.....	1459
Mejoras de los Servicios de Previsión y de Subsidio Familiar.....	1459
Caja Sindical de Previsión de los Profesionales del Comercio.....	1460
<i>Venezuela.</i>	
XII Aniversario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.....	1460
NOTICIAS DE OTROS PAÍSES :	
<i>Alemania.</i>	
Escasa inclinación de la juventud a la previsión voluntaria.....	1461
La reforma de la Seguridad Social alemana.....	1461
<i>Australia.</i>	
Aumento del subsidio por hijos a los pensionistas de invalidez y a las viudas.....	1462
<i>Austria.</i>	
Asignación presupuestaria para las atenciones sociales.....	1462
<i>Bélgica.</i>	
Sentido legal de la palabra «madre».....	1462
<i>Canadá.</i>	
Aumento del límite de ganancias a efectos de indemnización por accidentes del trabajo.....	1463
Invitación a los trabajadores especializados norteamericanos para emigrar al Canadá.....	1463
<i>Estados Unidos.</i>	
Proporción entre el coste de la Seguridad Social y la renta nacional en el decenio 1945-1955.....	1464
Servicios médicos prestados a niños inválidos en el bienio 1954-1955	1464
Crédito Laboral Federal: Beneficiarios y prestaciones en el trienio 1953-1955	1465
<i>Francia.</i>	
La Caja de Pensiones de la «Régie Renault».....	1466
Seguridad Social estudiantil.....	1466
Primas de lactancia y bonos de leche.....	1467
Fondo Nacional de Solidaridad.....	1467
Código de Seguridad Social.....	1473
La Seguridad Social del Clero.....	1473
<i>Gran Bretaña.</i>	
Recomendaciones de la Comisión Asesora del Seguro Nacional sobre cotizaciones de los asegurados.....	

Entra en vigor el Convenio de Ginebra de 1951 sobre beneficios sociales a refugiados...	1474
Datos definitivos del Régimen de Subsidios Familiares para 1955.	1474
Sanciones por contravención de la legislación del Seguro Nacional en 1955	1475
Situación financiera del Seguro Nacional...	1475
Número de cotizantes en el Seguro Nacional...	1476

Irlanda.

Elevación de la cotización obrero-patronal por Seguros sociales.	1476
Nuevas prestaciones por maternidad, viudedad, invalidez y paro.	1476
Aumento de las tarifas de cotización del Seguro de Paro Intermitente	1477
Nuevas tarifas de indemnizaciones por incapacidad o muerte por accidente	1478

Italia.

Aumento de los Subsidios familiares...	1478
Cotización por Subsidios familiares en el sector de Seguros	1479
Variaciones en el coste de vida...	1479
Prevención de accidentes en la construcción...	1480
Congreso sobre cotización unificada en agricultura...	1480
Congreso Internacional de Dietética...	1480

Noruega.

Nueva Ley sobre el Seguro de Enfermedad...	1481
--	------

Suiza.

Conferencia Nacional Suiza sobre temas sociales...	1482
La tuberculosis no está vencida...	1483
Severas sanciones a defraudadores de las Cajas de Seguro de Enfermedad	1483

III.—LEGISLACION

Nicaragua.

Reglamento general de la Ley Orgánica de Seguridad Social...	1487
--	------

IV.—LECTURA DE REVISTAS

Revistas iberoamericanas.

JOSÉ GONZÁLEZ GALÉ: <i>El eterno problema jubilatorio</i> ...	1531
DR. JESÚS MARÍA RENGIFO: <i>Seguridad Social militar</i> ...	1533
JUAN EUGENIO BLANCO: <i>La prestación de acción formativa</i> ...	1545
DR. RUEDER (Hamburgo): <i>El Seguro Social alemán</i> ...	1548
JUAN EUGENIO BLANCO: <i>Pensiones revalorizadas, reforma de prestaciones y establecimiento del Plus Familiar Mutualista en las Ordenes de 20 de octubre de 1956</i> ...	1549

De otros países.

DR. FRANK LAMBERTA: <i>Valoración de la rehabilitación en la tuberculosis</i> ...	1553
ANTÓN STORCH: <i>El proyecto de Ley para la reorganización del Seguro de Vejez e Invalidez en Alemania</i> ...	1557
ROBERT J. MYERS: <i>Bases financieras del Seguro de Vejez y Supervivencia</i> ...	1559
ROBERT J. MYERS: <i>Edad y sexo de las personas que perciben conjuntamente las prestaciones del Seguro de Vejez y de la Asistencia por vejez</i> ...	1561
DR. F. VON TISCHENDORF: <i>Los daños producidos por el ruido y los Seguros</i> ...	1562

DOROTHY McCAMMAN: <i>La Conferencia Federal Estatal sobre la Vejez, de Washington</i> ...	1565
Departamento de Servicios Sociales de Australia: XV Informe del Director general de Servicios Sociales...	1567
VIKTOR LOUIS: <i>La Psicogenia en la práctica de la Medicina social</i> .	1569

V.—RECENSIONES

Gert Kummerow: «Algunos problemas fundamentales del contrato por adhesión en el Derecho privado».—Universidad Central de Venezuela.—Facultad de Derecho.—Sección de Publicaciones.—Caracas, 1956	1575
«Anuario de Estadística del Trabajo», Oficina Internacional del Trabajo.—16. ^a edición.—Ginebra, 1956. 503 págs.	1576
Instituto Nazionale della Previdenza Sociale. — «Trent'anni di studi e di attività sociali, 1925-1954».—Roma, 1956. 480 págs.	1579
«Annual Report of the Chief Inspector of Factories».—Londres, noviembre de 1956. 275 págs.	1580
Zamora Tiffón, Manuel, y Frandi Farrás, Francisco: «Centro Auxológico y de Medicina Preventiva Infantil». — Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad.—Madrid, 30 págs.	1584
Bosch-Marín, Juan: «Problemas que plantea actualmente la poliomielitis».—Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad.—Madrid, 56 págs.	1583

I.- ESTUDIOS

LOS MEDICOS Y EL SEGURO DE ENFERMEDAD

por *Hans Möller*,
*Profesor de Derecho del Trabajo de la Uni-
versidad de Hamburgo.*

— Se trata de un problema de importancia en todos los Estados, y del que también en España se ha tratado múltiples veces.

Por consiguiente, será acaso de interés para España oír cuáles son las soluciones elegidas por la nueva legislación alemana.

I

El Seguro social, y el Seguro social de Enfermedad en particular, no sólo afecta a los asegurados, o sea, específicamente trabajadores; no sólo a los patronos, que en Alemania aportan la mitad de las cuotas, sino también a terceros, como, por ejemplo, clínicas, farmacias, la industria farmacéutica, pero en particular a los médicos, médicos dentistas y demás profesionales de la Medicina.

Aquí sólo hablaremos de los médicos, dejando también aparte los particulares problemas de los médicos, de las clínicas públicas y de los especialistas.

1. En los médicos del Seguro social coinciden y chocan, diametralmente opuestas, dos ideas de interés.

a) El Seguro social está dominado en doble sentido por la idea de la comunidad. Primero, constituye todo Seguro una

comunidad de peligro, y, en segundo lugar, se refuerza en el Seguro social la idea de la comunidad por la asistencia al socialmente más débil.

b) El cometido médico, contrariamente, se ve dominado por la relación de hombre a hombre y por la confianza personal. A este rasgo individualista corresponden los atributos del honorario personal y del secreto profesional.

El tipo clásico ideal es el médico familiar, el amigo de la casa, el médico del hogar, el médico de cabecera.

La profesión médica debería ser científica para el médico, a la par que investigadora, por si en casos individuales quisiera aplicar nuevos métodos de curación.

Los médicos suelen detestar la burocracia, y no son aficionados a empuñar la pluma, como no sea para garabatear en letra apenas legible una receta.

El médico libre.

c) Existen tensiones naturales entre el Seguro social y la clase médica, que requieren una solución para los médicos del Seguro social.

2. La historia del derecho del médico alemán de Cajas de Seguros es la historia de tales ensayos de solución. No nos es posible reseñar aquí esta historia, sino tan sólo en la primera parte de mi disertación trazar unas cuantas líneas de desarrollo, para luego, en la segunda parte, tratar más detalladamente de lo que hasta ahora ha sido su punto final.

II

Ocho son los problemas fundamentales y tendencias de desarrollo de las que aquí hablamos :

1.º Todo Seguro de Enfermedad puede elegir entre los principios de prestaciones, que éstas sean económicas o en especie.

El Seguro social alemán siempre, o sea desde su creación, en el año 1883, concedió a sus asegurados prestaciones en especie, especialmente asistencia a los enfermos desde el principio de la enfermedad, comprendiendo tratamiento médico, medicamentos, gafas, bragueros y otros medios de menor cuantía. Asimismo, perciben estas prestaciones en especie los cónyuges y los hijos del asegurado, y prestaciones de este tipo a los asegurados femeninos por asistencia en maternidad.

El Seguro social alemán incluye también a los familiares, estando acogidos, por tanto, a tales beneficios un 77 por 100 de la población, pudiendo afirmarse, por tanto, que en Alemania todos los trabajadores están afiliados al Seguro, si bien tan sólo hasta un límite de ingresos de 500 marcos mensuales. Según el cambio, esto corresponde a 5.000 pesetas mensuales, pero la fuerza adquisitiva en Alemania es algo menor.

Las personas que rebasen el límite de ingresos o se establezcan pueden continuar el Seguro voluntariamente, de cuya opción se aprovechan muchos alemanes. Con frecuencia, los médicos se quejan de que pacientes acomodados acudan a ellos como partes del Seguro.

Para el restante 23 por 100 de la población, como asimismo para ciertas prestaciones adicionales a los asegurados, está a su disposición el Seguro privado de Enfermedad, que apenas afecta a los médicos. Los médicos cobran al paciente particular un honorario que éste debe pagar, para luego recuperar parte de él por el Seguro privado de Enfermedad. Así, pues, la restitución monetaria es efectuada por el asegurador privado. Esto se llama «Seguro de Gastos de Enfermedad».

2.º Para que las Cajas del Seguro de Enfermedad puedan procurar sus prestaciones en especie, tienen que contratar con los médicos.

Estos contratos con los médicos eran en el primer tiempo contratos de trabajo. El médico era trabajador, es decir, empleado de una Caja de Seguro de Enfermedad. Se daban aque-

llas características que, según el Profesor Pérez Botija, constituyen la esencia de la relación laboral, especialmente la actividad en condiciones de dependencia y subordinación. La independencia es un poder de disposición sobre hombres libres. El médico percibía un salario fijo y, a menudo, trabajaba en salas de la Caja o en una de sus sucursales. Las condiciones contractuales frecuentemente eran duras. Bajo tales condiciones, apenas era posible para las Cajas hallar médicos, de modo que a primeros de siglo pasaron a restituir al médico del Seguro a su posición de independiente.

Hoy día también el médico del Seguro ejerce una profesión liberal, no por un salario fijo, pasando la consulta en sus propias habitaciones y sin limitación de pacientes del Seguro, de tal forma, que hay que distinguir dos clases de actividad en un médico: la clientela particular y la del Seguro. Jurídicamente visto, se sustituyó, pues, en Alemania el contrato de trabajo por un vínculo jurídico con un independiente.

3.º En un principio, los contratos se pactaban directamente con el médico como individuo; es decir, contrato individual. Difícilmente de esta forma, al considerarse el médico aislado, estaba en condiciones de hacer valer sus derechos frente a las potentes Cajas del Seguro.

Tal situación condujo, en 1900, a una Asociación de los médicos, organizada por el doctor Hastmann, de Leipzig, que fundó la Asociación Libre de los Médicos alemanes, con el fin de cuidar de sus intereses económicos. La Asociación, que todavía existe hoy bajo la denominación de «Unión Hastmann».

A guisa de sindicato, emprendió la lucha contra las Cajas; instó, por ejemplo, a los médicos a rescindir los contratos individuales duros, previniéndoles contra ciertas Cajas, declarando el «boicot» a los médicos no asociados. En 1912 esta dura lucha llegó a una cierta pacificación, pues en aquel entonces, y bajo la cooperación del Gobierno del Reich,

llegó a un convenio entre las Organizaciones centrales de la clase médica y las Cajas, denominándose tal acuerdo el «Convenio de Berlín», que otorgó a los médicos un derecho de codeterminación, creándose un Comité Paritario, que entendía de la elección de los médicos y del tenor de los contratos individuales.

De todos modos, no se abandonó de momento la base de los contratos individuales, ni tampoco cuando, en 1953-1954, se llegó a la autoadministración de los asuntos comunes de la clase médica y de las Cajas y a la fundación de un Comité del Reich. Pero entonces se establecieron por primera vez contratos comparables con los contratos tarifarios según el Derecho del Trabajo, se determinaron las condiciones para los contratos con los médicos, y como representantes por parte de los médicos figuraron en estos contratos globales las Asociaciones de los médicos.

Un último paso para el desarrollo se dió en el año 1931, pues un contrato global tarifario sustituyó a los individuales, contrato concertado entre las Cajas y la Unión de los Médicos Alemanes de Cajas del Seguro. Esta Unión, como Asociación mutua de todos los médicos del Seguro, se comprometió frente a las Cajas del Seguro de Enfermedad para procurar la asistencia médica a los asegurados a través de sus socios, o sea, de los médicos del Seguro. De esta forma se hicieron superfluos los contratos individuales; en lugar de numerosos contratos de servicio, se estableció uno sólo que pudo calificarse como un contrato para la procuración de servicios. Asimismo, pudo decirse que el contrato tarifario fué sustituido por otro colectivo mutuo.

4.º Por el lado de las Cajas, fueron originariamente parte las instituciones aseguradoras individuales.

No existe en Alemania una Caja única del Seguro de Enfermedad, ni desde el punto de vista regional ni del profesional. Hay que distinguir en Alemania ocho clases de Cajas,

que todas tienen carácter de persona jurídica en el sentido del derecho público.

Las Cajas locales ampararán, por regla general, a todos los asegurados. Las Cajas rurales actúan en los distritos agrícolas. Las industriales se establecen en grandes Empresas. Las Cajas gremiales existen para los operarios de la artesanía. Existe igualmente una Caja para marineros, como, por ejemplo, en Hamburgo. Los mineros están asegurados en otra Caja especial. Y, finalmente, existen las Cajas sustitutivas para obreros y empleados. La inscripción en tal Caja sustitutiva libra de la afiliación en otras Cajas. En cuanto a los médicos de estas Cajas sustitutivas, ciertas especialidades provocan que los asegurados se aproximen a la posición de pacientes particulares.

Por lo que se refiere a las Cajas del Seguro de Enfermedad, tuvieron luego un desarrollo parecido al de la clase médica, pues también aquí aparecieron como contratantes, paulatinamente, las Asociaciones de las Cajas.

Desde 1933, la admisión como médico del Seguro de Enfermedad otorga el derecho para poder actuar en toda clase de estas Instituciones.

5.º Otro problema estriba en el número y selección de los médicos por las Cajas.

Originariamente, tal decisión se halló únicamente en manos de las Cajas, con la tendencia de mantener lo más reducido posible el Censo médico. Desde 1923, consiguieron los médicos imponer la llamada cifra proporcional, es decir, conseguir un acuerdo, según el cual por cada tanto de asegurados tenía que emplearse un médico. Tal cifra proporcional ascendió en 1923 a 1.000 por 1, y se redujo en 1955 a 500 por 1. Para los dentistas prevalece actualmente la cifra proporcional de 900 por 1.

En esto hay que observar que las cifras indicadas sólo salen del número de asegurados principales, es decir, sin contar

los familiares. Por término medio, se cuentan en 0,8 el número de familiares por 1 principal.

6.º El número originariamente pequeño de los médicos del Seguro y el sistema de los médicos-empleados condujo a que los pacientes tenían que acudir antes al médico del distrito; es decir, no tenían posibilidad de selección. No obstante, cada vez se hizo más clamoroso el deseo, tanto de los asegurados como de los médicos, de una selección libre del facultativo, hoy legalmente garantizada. La cifra proporcional del 500 por 1 salvaguarda siempre la posibilidad de una selección.

7.º Alteraciones particularmente fuertes ha sufrido el sistema de remuneración. En el primer tiempo se pagaron salarios fijos extraordinariamente bajos. Siguió la época de la remuneración por prestaciones individuales, que aun hoy continúa en pie en las Cajas sustitutivas. Esta ha de basarse naturalmente en una tarifa, pero las Cajas frecuentemente exigieron fuertes rebajas. Por otra parte, se estipularon poco a poco máximos para el caso de la llamada «máxima global».

Pero hoy prevalece otro sistema en combinación con la contratación mutua. La Unión de Médicos del Seguro percibe una retribución total, calculada de la cifra de los asegurados y sus cuotas («global por cabeza»), distribuyéndose esta retribución total entre los socios de la Unión en una forma aun por describir.

8.º Un último problema estriba en qué cuantía tienen, por un lado, derecho los asegurados a asistencia médica y, por otro, hasta dónde están obligados los médicos a una vigilancia. Después de prolijas luchas, se ha hallado una fórmula de compromiso; según ella, tiene el asegurado derecho a una asistencia a tenor de las reglas que del arte médico resulten convenientes y suficientes. Prestaciones que resulten innecesarias o poco económicas para conseguir un éxito de cura no pueden pretenderse por el asegurado, ni el médico del Seguro debe recetarlas. Esta orden se dirige no sólo contra la polipragmasia

de los médicos del Seguro, sino también contra la prescripción de medicamentos innecesarios. Los medicamentos son ahora más numerosos y más costosos. La propaganda de la industria farmacéutica, especialmente por revistas ilustradas, es muy viva. Muchos de los asegurados pretenden que el médico recete los medicamentos más modernos y costosos. El paciente prefiere al médico que más le complace, y, en vista de la fuerte competencia, frecuentemente el paciente se halla complacido. Así con cierta razón se ha dicho que el médico del Seguro posee la llave del arca de los caudales de la Caja del Seguro. Para esquivar los peligros que de esto se derivan, se cursaron instrucciones para la recetación económica. Estas rezan, por ejemplo, que sólo debe aplicarse un mismo medio para la misma finalidad. No deben prescribirse cantidades exageradas, ya que es sabido que muchos pacientes acaparan un botiquín. Tratándose de preparados a base de licores alcohólicos, es preciso observar especial cuidado. Particularmente grande es la responsabilidad del médico tratándose de preparados de opio, cocaína y somníferos de fuerte efecto. Fundamentalmente, está prohibida la recetación de vinos, aguas minerales, cosméticos y preparados que puedan considerarse golosinas, aun cuando contuvieran materias medicinales, como, por ejemplo, caramelos para la tos.

Cierta comprobación se consigue al determinar el promedio de gastos de farmacia por tratamiento. Rebasando el médico individual del Seguro en la suma de sus pacientes el citado promedio —hoy unos ocho marcos por cada caso—, tiene que aportar una prueba de que tal cosa se produjo por circunstancias especiales. Fallando esta prueba, se requiere al médico para la restitución, según y cómo, hasta un 100 por 100 del importe del exceso.

Discusiones en conexión con este círculo de problemas son naturalmente muy delicadas. Los médicos tienen la opinión pública a su lado. Una gran revista ilustrada ha tratado el

tema en una novela con el título: «Siendo pobre, has de morir prematuramente». El argumento incluso se ha llevado ahora a la pantalla.

III

El complicado sistema del derecho de los médicos del Seguro se había enmarañado en Alemania a causa de los tiempos de la guerra y de la posguerra. La desmembración en Alemania en zonas de ocupación y territorios (Länder), la supresión de las Organizaciones centrales en Berlín, condujeron a una disolución de lo establecido. Las potencias de ocupación tenían influencia en las zonas respectivas.

Según las entonces nacientes constituciones para los territorios (Länder) alemanes, era dudoso si en el sentido del principio del tratamiento equitativo y del libre desarrollo de la personalidad, no tuvieran todos los médicos derecho a ser admitidos como médicos del Seguro.

Así, se hizo urgentemente necesaria una renovación del derecho. Pero topó con grandes dificultades. Renacieron las antiguas oposiciones de los encartados. Pero finalmente se consiguió zanjar los escrúpulos de derecho constitucional: se decidió que la Ley fundamental de Bonn no se oponía a una reglamentación de la admisión. En los demás puntos se consiguió luego un acuerdo con todos los encartados, y así (am. 17. August 1955), el 17 de agosto de 1955, se promulgaron dos Leyes: una, sobre el derecho del médico del Seguro, y otra, sobre las Asociaciones de las Cajas de Seguro de Enfermedad.

La Organización de los médicos, anteriormente una Organización central para toda Alemania, ha quedado regulada dentro de la primera de las Leyes citadas. Según ella, también aquí forman los médicos del Seguro en cada territorio una «Asociación de Médicos del Seguro», que es una Corporación de derecho público, y a la que los médicos del Seguro pertenecen automáticamente.

Quiero informar aquí aun detalladamente sobre dos círculos de problemas, a saber: acerca de la admisión como médico y sobre las relaciones jurídicas entre los distintos encartados, en lo que habrá de referirse también especialmente al sistema de remuneración.

Primero. Mientras que anteriormente la admisión a la llamada Armeleutep Praxis, «práctica para la gente pobre», no fué deseada por todos los médicos, hoy día, en vista de la importancia económica del Seguro social, todos los médicos desean ser admitidos a la actividad de médicos del Seguro. Pero este deseo frecuentemente no se satisface tan prontamente, precisamente para los médicos más jóvenes, de modo que la posición económica de éstos a menudo resulta bastante precaria.

El médico aprobado tiene que aportar primero la prueba de haber pasado un tiempo preparativo. Entonces puede matricularse en un registro de médicos. Habiendo quedado vacantes plazas de médicos del Seguro, tal médico matriculado puede solicitar las plazas de médico del Seguro convocadas, no sólo en el lugar de su nacimiento o residencia habitual, sino en cualquier lugar en Alemania.

Sobre las admisiones, decide en primera instancia un Comité de admisión. Contra sus decisiones, cabe dirigirse a un Comité de apelación, y quedan dadas las garantías del Estado de derecho, además, por la apelabilidad de los Tribunales sociales.

Los Tribunales sociales se instauraron, en 1953, como Tribunales especiales administrativos, y se ocupan de todas las causas relacionadas con los Seguros y la Previsión sociales. El Tribunal Social Federal tiene su sede en Kassel.

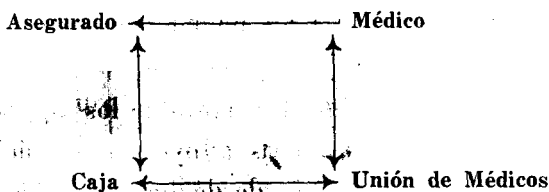
El Comité de Admisión para médicos se compone paritariamente de representantes de los médicos y de las Cajas de Seguro de Enfermedad. Estos representantes provienen de la Asociación de los Médicos del Seguro, por un lado, y de las

Uniones territoriales de las Cajas del Seguro de Enfermedad, por otro. Por unanimidad de votos, una admisión se considera denegada.

Los Comités de admisión deciden con arreglo a las ordenanzas de admisión promulgadas por el Ministerio Federal de Trabajo. La selección entre los solicitantes, frecuentemente muy numerosos, resulta a menudo harto difícil. Según las ordenanzas de admisión, toman un papel los siguientes puntos de vista, a saber: la edad, el estado civil, derecho de indigenato, estado de refugiado, fecha de aprobación, ejercicio después de la aprobación, adquisición de una práctica existente. Han de tener preferencia solicitantes que sufrieron persecución racial, religiosa o política, y los gravemente mutilados. Se ve que los Comités de admisión tienen un cometido nada fácil.

Habiendo quedado admitido un médico aprobado, se convierte por esto automáticamente en un miembro de la Asociación de Médicos del Seguro, y tiene frente a ésta la obligación y el derecho de participar en la previsión de médicos del Seguro, y esto en relación con todas las Cajas del Seguro de Enfermedad. No hace falta ya establecer contratos individuales.

Segundo. Con esto puedo pasar a la cuestión de las relaciones jurídicas entre los encartados. Se trata de una relación cuadrilátera bastante complicada, que quisiera aclarar por un esbozo:



a) La primera relación jurídica existe entre el asegurado y su Caja de Seguro de Enfermedad, que proporciona al ase-

gurado un derecho a previsión médica. Este derecho está dirigido tan sólo contra la Caja de Seguro.

b) Para poder satisfacer este derecho, las Cajas del Seguro de Enfermedad, a través de sus Asociaciones y con las Uniones de Médicos del Seguro, han creado una segunda relación jurídica, para la cual es decisivo el llamado contrato global.

Ya en anterior oportunidad se señaló que el contrato ostenta la forma de contrato de mutualidad, que obliga a la Unión de Médicos del Seguro a la procuración de servicio. La relación jurídica ha de considerarse como de derecho público.

Substancia principal del contrato global es la estabilización de una remuneración total que, con efecto liberador, paga la Caja de Seguro de Enfermedad a la Unión de Médicos del Seguro.

En la mayoría de los casos se estipula la remuneración total por medio de una cantidad global por cabeza. Se determina, pues, el promedio anual de requerimientos de un asegurado en las prestaciones por los médicos del Seguro, multiplicándose con el número de los asegurados respectivos. Los desembolsos de todas las Cajas del Seguro de Enfermedad por tratamiento médico para cada asociado ascendieron en 1953 a 38 marcos. No obstante, median grandes diferencias entre las distintas clases de Cajas; así, por ejemplo, desembolsaron las Cajas sustitutivas para empleados, en el año 1953, 61 marcos, y, por consiguiente, las demás Cajas de Seguro de Enfermedad menos que el arriba mencionado importe promedio de 38 marcos.

Contemplando la cuestión de cuánto de los ingresos totales de las Instituciones aseguradoras afluyó en beneficio de los médicos, se trata, bastante fijo desde hace muchos años, de un 20 por 100 aproximadamente, y en el año 1953, de un 22 por 100. Los medicamentos causaron gastos por un 17 por 100;

la asistencia clínica, un 16 por 100, y el subsidio de enfermedad (Krankengeld), un 25 por 100.

El sistema de la remuneración total lleva consigo que las Cajas de Seguro de Enfermedad pueden calcular de antemano exactamente cuánto han de gastar con los médicos. Subiéndose los importes de los salarios y, por consiguiente, las cuotas, deberían en esto, por cierto, participar las Uniones de los Médicos del Seguro. El riesgo de una creciente morbilidad, especialmente de epidemias y de enfermedades infecciosas, le llevan, pues, los médicos.

c) La tercera relación jurídica de la que hemos de hablar existe entre las Uniones de los Médicos del Seguro y el médico individual. Este último está obligado sólo frente a la Unión de los Médicos del Seguro, o sea, a su Cooperativa. Esta obligación no se refiere tan sólo a la actividad en sí, sino, por ejemplo, también a la observación de los principios de la necesidad y economía del modo de recetación. Por ello dichas Uniones establecen Comités de examen y de reclamación. Existe incluso la posibilidad de que Uniones de Médicos del Seguro impongan a sus socios multas pecuniarias y otras sanciones.

Al médico le interesa, en primer lugar, qué participación percibirá de la remuneración total. La Unión de Médicos del Seguro aplica una escala de reparto que se estipula de acuerdo con las Asociaciones de las Cajas de Enfermedad. La Ley reza: «en el reparto hay que basarse en la clase y extensión de las prestaciones del médico del Seguro; un reparto de la restitución total sólo a base del número de los casos tratados no es admisible. La escala de reparto ha de asegurar simultáneamente que se evite una extensión excesiva de la actividad del médico del Seguro».

Los distintos sistemas son muy diversos. En primer término, se deducen los gastos administrativos de las Uniones de los Médicos del Seguro. Prestaciones materiales que causen al médico gastos especiales, como, por ejemplo, prestaciones de

Rayos X, se consideran de antemano. Por lo demás, se distinguen grupos de diferentes especialidades médicas que se tendrán en consideración en mayor o menor cuantía, según el caso: en la cabeza van los médicos para las enfermedades de los pulmones y de los nervios, mientras que los oculistas marchan en retaguardia. Los médicos para las enfermedades generales ocupan más o menos el intermedio. Ahora se examinan cuántos casos han tratado estos médicos. Para esto sirve de base el boletín de baja, que los enfermos retiran para cada tres meses de las Cajas de Seguro, y que ha de ser extendido por el médico. El médico, pues, presenta sus boletines de baja a la Unión de Médicos, y percibe, a tenor de muchos sistemas, el mismo importe para todos los casos individuales, no importando si el paciente lo ha consultado una vez en los tres meses o casi a diario. A veces se han publicado casos en los que el médico, por una sola visita, no percibió más que unos cuantos «pfennigs». Tan crasas injusticias pueden resultar en efecto, excepcionalmente, en el reparto de la remuneración total, especialmente en tiempos con fuerte difusión de enfermedades infecciosas.

A la polipragmasia se contraviene por rebajar a médicos con gran clientela el honorario por caso. Así, por ejemplo, médicos con 800 ó 1.000 casos en tres meses, a veces tan sólo perciben una tercera parte de lo que perciben los médicos con hasta 200 casos. A pesar de esta regulación, hay «leones» de Caja que acaparan tal número de pacientes, que para cada uno de ellos sólo hay tres minutos disponibles, trabajando el médico dieciséis horas.

Examinando los ingresos de los médicos alemanes del Seguro, hay que tener en cuenta que los gastos para cada médico son muy distintos. Pero por término medio deberían hallarse alrededor de un 50 por 100 del ingreso bruto. Según una estadística realizada con gran precisión sobre el ingreso mutuo actual de 20.000 médicos del Seguro de Medicina general, en

el año 1952, resultó que un 22 por 100 ganaron menos de 6.000 marcos anuales; un 64 por 100, un promedio de 9.000, y un 14 por 100, más de 12.000 marcos anuales, por término medio.

d) Como cuarta y última relación jurídica, hay que mencionar la existente entre el médico del Seguro y el paciente. Con arreglo a la elección libre de médico, selecciona el asegurado un médico del Seguro. A éste no alcanza ninguna obligación de contratación, pero en relación con la Unión de Médicos del Seguro queda el médico del Seguro obligado a participar en la previsión médica.

Al asegurado no alcanza obligación alguna de honorarios para con el médico del Seguro, ya que los honorarios se liquidan a través de la Unión de Médicos del Seguro.

Quedan, por lo tanto, tan sólo las obligaciones del médico del Seguro para con el asegurado. La Ley determina: «El hacerse cargo del tratamiento obliga al médico del Seguro... a la diligencia con arreglo a las disposiciones del Derecho civil contractual». Esta relación jurídica y sólo ésta es de Derecho civil. El médico del Seguro es responsable, no sólo con arreglo al derecho criminal, sino, en lógica aplicación, también con arreglo al derecho de contratación de servicios, y esto por cada falta, incluso por ligera negligencia.

Con esto queda cerrado el cuadrilátero mágico de las relaciones jurídicas. El secreto de la solución alemana, desarrollada en largos decenios de lucha, debería hallarse en el hecho de que faltan relaciones jurídicas directas entre la Caja del Seguro de Enfermedad y el médico: el cuadrilátero no tiene diagonal.

Por vía del contrato de mutualidad con las Asociaciones de Médicos del Seguro, se ha conseguido que el médico individual sólo tenga que vérselas con el asegurado, por un lado, y

con la Mutualidad, por otro, pero para nada con la Caja del Seguro de Enfermedad. Por esto se neutralizan todos aquellos conflictos y oposiciones de intereses de los que hablé al principio.

Queda por esperar que la solución alemana diera prueba de su eficacia. Entonces posiblemente podrá servir de pauta para disposiciones jurídicas en el Extranjero. Con esta disertación, se ha puesto la Cátedra de Seguridad Social al servicio de tales comparaciones internacionales, después de que con prioridad ya informó a su vez en Alemania el apreciado colega Pérez Botija sobre interesantes peculiaridades del Seguro Social español.

SEGURO DE ENFERMEDAD

CONSIDERACIONES GENERALES, CONSIDERACIONES MÉDICO-SOCIALES
SOBRE GUATEMALA Y PROYECTO EN ESTUDIO DEL INSTITUTO GUATE-
MALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONTRIBUCION DEL INSTITUTO GUATELMATECO DE SEGURIDAD SOCIAL AL TEMA II
DE LA REUNION DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD SOCIAL DE CENTRO AMÉRICA,
MÉJICO Y EL CARIBE (GUATEMALA, OCTUBRE DE 1956)

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social fué creado en 1946, como una consecuencia del movimiento político-social iniciado el 20 de octubre de 1944, para poner término a regímenes dictatoriales y refractarios al progreso colectivo que habían omitido completamente la implantación de un sistema protector para la salud y el bienestar de los trabajadores asalariados.

Durante el período que precedió a la promulgación de la Ley Orgánica del Instituto y a la puesta en marcha de sus actividades, se contó con varias asesorías de mucho mérito, así como con estudios sobre el terreno realizados por una Comisión de guatemaltecos que conocían o se interesaban por el problema de la Seguridad Social: todos ellos convinieron en que la nueva Institución debería inspirarse en los siguientes objetivos primordiales:

- a) Inclusión en sus programas inmediatos de prestaciones, pecuniarias y en especie, sobre Enfermedad-Maternidad y Accidentes del Trabajo;
- b) Programas diferidos de pensiones (de invalidez, vejez, supervivientes y cesantía);
- c) Rápida extensión del Régimen, en el sentido horizontal, a toda la República, y en el sentido vertical, a todas las coberturas prometidas;
- d) Estrecha coordinación con los Organismos estatales que

tienen también a su cargo la protección de la salud, en el sentido de la prevención o en el de la asistencia.

Este plan de acción se basaba en las grandes necesidades de la comunidad guatemalteca que cualquiera podía percibir aun sin ser experto, por ser demasiado flagrantes. En la exposición que va a seguir se darán cifras que presentarán con más elocuencia que las palabras cómo son y cómo eran de elevados los índices de morbilidad y de mortalidad, sobre todo si se les refiere a los medios con que se contaba para hacer frente a esa situación tan calamitosa. Se hará ver que el número de camas hospitalarias de que se disponía, el número de médicos y su distribución en la República, el monto de los fondos disponibles para remediar esos males eran —y desgraciadamente siguen siendo— por completo insuficientes para esperar resultados, aun mínimos, en semejante estado de cosas. La intervención de una Entidad como el Instituto de Seguridad Social, si útil y deseable en todas partes, era indispensable en nuestro país, y de ahí que una de las primeras preocupaciones del nuevo sistema político fué la de establecerlo, sobre las bases elementales que hemos mencionado.

Pero la misma enormidad del problema constituyó un obstáculo infranqueable para la aplicación simultánea e inmediata de todas las prestaciones recomendadas. Se carecía de centros hospitalarios, y sin ellos era imposible asistir al número imponente de afiliados que de momento entraban bajo la protección del régimen; tampoco se contaba con el número de médicos disponibles que pudieran tomar a su cargo la asistencia, ni del personal auxiliar llamado a colaborar con éstos; los recursos nacionales no bastaban, ni con mucho, para la improvisación de una red de hospitales, consultorios y puestos de primeros auxilios, como la que se requería para satisfacer adecuadamente las exigencias del servicio, y, por último, la organización de un sistema completamente nuevo para nosotros, en condiciones tan precarias, tenía por fuerza que efec-

tuarse con prudencia y acomodándose a la realidad, si no se quería crear un estado caótico, o defraudar las esperanzas populares ofreciendo mucho y cumpliendo muy poco. El reconocimiento de estas limitaciones hizo que, no obstante la urgencia de contar con un sistema de Seguridad Social capaz de cubrir de pronto las necesidades más ingentes, la propia Ley Orgánica del Instituto estatuyera la prudencia y la gradualidad disponiendo, en el inciso a) del artículo 27, que el Instituto debía «tomar en cuenta las circunstancias sociales y económicas del país; las condiciones, nivel de vida, métodos de producción, costumbres y demás factores análogos propios de cada región...», y que «debía empezar sólo por la clase trabajadora y, dentro de ella, por los grupos económicamente favorables por razón de su mayor concentración en territorio determinado...»

Ya en el momento de poner la Ley en ejecución hubo que reducirse mucho más todavía, tanto en la extensión geográfica del Régimen como en el número de prestaciones establecidas. Se comenzó a funcionar en la Capital y en algunos Departamentos que tenían alguna significación industrial, dejando en descubierto a la gran masa de población campesina, que, a pesar de ser la más necesitada de asistencia, la más populosa y la que aportaba mayor contingente de posibles afiliados, porque en ella figuraba la inmensa mayoría de los trabajadores asalariados, oponía un cúmulo insuperable de dificultades que hasta el momento actual sigue enfrentándose al progreso de la Seguridad Social. Por otra parte, el único programa que se implantó fué el de «Accidente de Trabajo», desentendiéndose de la mayor necesidad que entrañaba el programa de Enfermedad-Maternidad por las siguientes razones:

1.ª La Constitución del año 1945 había atribuido a la responsabilidad patronal la asistencia de esa clase de riesgos profesionales, tanto en lo relativo a servicios médicos como en lo tocante a indemnizaciones en dinero. Al crearse el Ins-

tituto y absorber automáticamente, por el solo hecho de su creación, las obligaciones patronales, tenía que entrar de lleno y sin pérdida de tiempo en la satisfacción de ese compromiso, máxime que los patronos habían comenzado a inscribirse y a pagar sus cuotas con alguna antelación. Las prestaciones por Enfermedad no obligaban, en cambio, con la misma perentoriedad que las de Accidente, supuesto que aun no existía una Ley laboral que fijara algunas responsabilidades a los patronos en ese sentido, y éstos, por otra parte, inbuídos en el concepto de Seguro Social contra riesgos profesionales, es decir, derivados del trabajo mismo, se sentían mucho más comprometidos a acudir a las víctimas de accidentes del trabajo que a los enfermos por otros motivos. Lo mejor que podía hacer una Institución que se iniciaba y que necesitaba ganarse la colaboración y buena voluntad de los patronos era el demostrarles que la mera existencia del Instituto los eximía de una carga que siempre habían llevado, con más o menos rigor, y que ahora, desde que la nueva Constitución les había dado mucho más peso y exigencia significaba mayor gravamen en su economía; así se hizo, pues, con el beneplácito de todos, incluso los trabajadores que todavía no se daban cuenta de la magnitud de beneficios que el sistema de Seguridad Social podía brindarles.

2.ª Era más fácil y hacedero organizar Servicios de Traumatología —con sus dependencias—, como son los que se consagran a la asistencia de accidentados, que hacer surgir hospitales generales en donde pudieran ser atendidos los casos de enfermedad-maternidad. Tales instalaciones traumatológicas —de índole muy especializada— no implicarían duplicación de dependencias al tener que fundarse las de tratamiento para enfermedades generales, pues siempre subsistirían como departamentos separados. En otro orden de cosas, se necesitaba mucha menos complejidad en los servicios, y, en cambio, era factible el dotarlos bastante bien con menos costo.

3.^a Estos centros de asistencia —erigidos con menos sacrificio— tendrían que servir de muestra para futuras instalaciones, más complicadas, y permitir al mismo tiempo el entrenamiento del personal médico en la clase de colaboración que de él se ha esperado.

4.^a Por lo que respecta a planificación y estimaciones previas a la entrada en actividades, se podía contar con datos estadísticos que, aun cuando distaban mucho de ser completos y seguros, valían mucho más que los existentes en materia de enfermedades no accidentales. La circunstancia de haberse comenzado a trabajar en un área bien circunscrita, en la que la situación urbana permitía más fácilmente averiguar cuál era el número de patronos que estarían afectos al régimen, ayudó mucho a que las labores, tanto médicas como administrativas, se emprendieran desde esos comienzos sobre bases más sólidas que si se hubiera dado principio en toda la República o en cualquier región, para cualquier género de prestaciones. Fué, naturalmente, un sistema centralista el que se impuso, con todo lo malo que tal término conlleva; pero no cabe duda de que sólo dentro de ese centralismo fué posible dar los primeros pasos en un campo completamente inexplorado, con menos vacilaciones y tropiezos. Se cobró experiencia, se consolidó el sistema, tomó arraigo en la conciencia nacional y, desde luego, pudo prestar sus importantes servicios a un nutrido número de trabajadores víctimas de accidentes, y al hacerlo se realizó un esfuerzo asistencial, del que el Instituto puede mostrarse satisfecho.

5.^a El número de personas asistidas tenía que ser, lógicamente, mucho menor si se limitaba a las que sufren accidentes que si se extendía a los casos de enfermedad y, a mayor abundamiento, también de maternidad; debido a que los accidentes de trabajo no recaen más que sobre los trabajadores, en tanto que las enfermedades generales comprenden a sus dependientes, que casi siempre son más de uno. Mientras el

- Instituto fortalecía sus finanzas y las aplicaba al mismo tiempo a los gastos de instalación, por lo general más crecidos que los de funcionamiento, pudo ofrecer sus beneficios a un elevado porcentaje de contribuyentes, y a la vez dedicarse a la elaboración de nuevos planes y a la ejecución de nuevos programas, en una constante dinámica que se habría visto muy estorbada si desde el principio se hubiera hecho el intento de abarcar demasiado.

El primer avance que se hizo, después de organizar las prestaciones sobre accidentes del trabajo, fué la cobertura de *Accidentes Comunes*, que, por representar una clase de lesiones idéntica a la de los primeros, fué fácilmente asimilada. Los mismos centros hospitalarios, los mismos especialistas, las mismas prácticas administrativas, las mismas disposiciones reglamentarias, permitieron este crecimiento sin dificultades apreciables, y, a pesar de que se incursionaba en terreno de la enfermedad general, los problemas que en el curso del tiempo se han ido planteando no fueron nunca irresolubles. Ahora que se avecina la extensión del régimen al programa de enfermedad, el hecho de estar ya incluidos los accidentes comunes entre lo que se está cubriendo ha servido, aunque en mínima parte, para efectuar la transición, así como también la reglamentación del nuevo tipo de prestaciones permitió desvanecer los malentendidos y rectificar conceptos que interpusieron algunas molestias mientras se estuvo circunscrito a la protección de los accidentados.

Después de cinco años de otorgar beneficios únicamente los casos de accidente, se estableció la protección de Maternidad, con un Reglamento especial en el que quedaron comprendidas las prestaciones para la madre y para el niño. Esta pudo haber sido una buena oportunidad para entrar en un programa que incluyera las «enfermedades comunes»; pero no se hizo así porque los obstáculos existentes desde la iniciación del régimen de Seguridad Social persistían y se les considerab

tan difíciles de salvar como entonces. Hubo, pues, que desmembrar del complejo Enfermedad-Maternidad este último aspecto, y así se creó el Centro Materno-Infantil en la Capital, y se dispuso limitar los alcances del programa al Departamento de Guatemala, y esto no de una manera total, sino excluyendo varias de las prestaciones acordadas en el Reglamento.

En el curso de los dos últimos años se ha precisado ya, por fin, la decisión de entrar en las prestaciones de enfermedad, y con tal objeto se ha aprovechado la valiosa asesoría técnica de la O.I.T., la cual consistió primero en una revisión crítica de lo realizado hasta ahora por el Instituto, y un estudio de las posibilidades para el futuro establecimiento del nuevo régimen de prestaciones, con miras también hacia la refundición de los diferentes reglamentos de protección en uno solo, tomando en cuenta que al introducirse el programa por enfermedades tenían que desaparecer, automáticamente, los límites artificiales que hizo necesaria la existencia separada de los otros programas. Después se ha elaborado el anteproyecto de Reglamento General, que ya está listo para entrar a discusión, una vez que la O.I.T. le haya dado su respaldo. Tan pronto como esté en vigencia, se le presentará al Instituto la tarea ímproba de lanzarse en la ejecución de un programa que exigirá el concurso de esfuerzos y de aportes pecuniarios sumamente cuantiosos, en relación con las posibilidades de la Institución; pero habrá que ir adelante porque, creado el Instituto para resolver problemas económico-sociales de la mayor urgencia, y cuando todas las esperanzas de los trabajadores sobre la protección de su salud se cifran en él, no es concebible que se postergue por más tiempo la implantación de estos beneficios por enfermedad que atienden a la más grande de las necesidades, y que, aparte la promesa de bienestar individual que entraña para los afiliados, es sobre todo una promesa de efectiva contribución al bienestar del conglomerado y al progreso social y cultural de la Patria.

El Seguro de Enfermedad —como los de Accidentes y Maternidad— no surgirá al principio más que en el Departamento de Guatemala, para ensancharse después hacia el resto de la República conforme las posibilidades lo permitan. Parecerá ilógico —y lo es hasta cierto punto— que la nueva clase de beneficios entre en acción allí, precisamente, donde ya existen y en suficiente abundancia los servicios médicos, de todo tipo, que satisfacen por de pronto las exigencias de la asistencia a los enfermos, dejando para el futuro su aparición en aquellos lugares en los que tal asistencia está más descuidada. Pero se tiene que proceder en esa forma por motivos muy poderosos, entre los cuales señalaremos:

a) En la Capital de la República radica el núcleo principal y económicamente más capacitado de los afiliados del I.G.S.S. Deberíamos añadir que es también el que está culturalmente en mejores condiciones para beneficiarse con la asistencia médicohospitalaria y para contribuir al mejor éxito de todo movimiento en pro de la salud.

b) La coexistencia de los servicios para la protección de accidentados y materno-infantil permite la fusión que se estima indispensable, no sólo en la legislación, sino también en la realidad.

c) La Capital es, asimismo, el centro más adecuado para que se observe el funcionamiento del nuevo plan de prestaciones y se entrene a una buena parte del personal que más tarde irá a encargarse de los servicios en los Departamentos. Sería muy poco práctico comenzar la aplicación de una nueva clase de beneficios en instalaciones improvisadas y en un ambiente privado de recursos; en cambio, se economizarán esfuerzos y se progresará mucho más ligero aprovechando lo ya existente y las mayores ventajas para una instalación apresurada, aunque siempre satisfactoria, que ofrece la Capital.

d) Va a ser empresa muy demorada y llena de obstáculos la de proporcionar asistencia médica, digna de tal nombre, al

gran número de campesinos indígenas, semicultos y refractarios a las técnicas modernas, en regiones desprovistas de facilidades para el tratamiento y con escasísima capacidad contributiva por los bajos salarios. Si desde el comienzo se desplegara toda la actividad en tal sentido —dándose cabal cuenta de que esa mayoría de posibles afiliados es la que más necesita de protección para su salud—, se agotarían los recursos materiales y humanos sin llegar a una solución apreciable, en tanto que se descuidaría la atención de los afiliados más receptivos para esta clase de beneficios, y que radican en un medio cultural mucho más adecuado. Esto no quiere decir que se renuncie a extender la obra protectora de la Seguridad Social a todos los rincones del País, sino que para afianzarla y recoger experiencia, al mismo tiempo que se adelanta la protección para los sectores más favorecidos, se partirá de esos sectores para después difundir los beneficios, paulatinamente, hacia los sectores más alejados.

e) Otra consideración —de carácter transitorio— que dificulta la extensión del régimen por todo el País es la de que tal extensión no puede intentarse mientras no se concierte con el Ministerio de Salud Pública una coordinación efectiva y realmente estrecha. El «Plan Hospitalario Nacional», elaborado bajo los auspicios del Instituto, y aprobado por dicho Ministerio en 1949, detalla minuciosamente las condiciones en que tiene que realizarse esa fusión de esfuerzos; por consiguiente, lo lógico es que, antes de aventurarse en el establecimiento de unidades asistenciales del I.G.S.S., que tarde o temprano tendrían que ser duplicadas por unidades similares del Ministerio, se llegue a un firme acuerdo, en virtud del cual toda unidad que se erija esté destinada a cobijar, tanto las dependencias de Seguridad Social, como las de la Asistencia Pública, como las de orden sanitario. Dada la parquedad de los fondos disponibles para desarrollar en Guatemala un programa de protección a la salud como el que exigen las circuns-

tancias, es inconcebible que se dispersen esos recursos nacionales, ya de por sí insuficientes, en la repetición de edificaciones y de instalaciones que pueden y deben unificarse para atender los compromisos que a cada ramo le corresponden, con una economía racional e inevitable.

Sirva este preámbulo, expositivo y justificativo de lo que se va a hacer y cómo se va a realizar próximamente en Guatemala, para introducir la exposición detallada de las condiciones demográficas actuales y del proyecto que se tiene en estudio para hacer frente a esas condiciones en la medida que le incumbe al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. En la esperanza de que el nuevo orden de prestaciones que estamos planificando merecerá la atención de los señores asistentes a esta reunión de Organismos de Seguridad Social, y nos asegurará la valiosísima colaboración de sus luces y de su experiencia, pasamos inmediatamente a nuestro tema.

CONSIDERACIONES MEDICO-SOCIALES SOBRE GUATEMALA

a) DEMOGRAFÍA.

El Censo de 1950 informó que Guatemala tenía por aquel entonces 2.790.868 habitantes. El crecimiento vegetativo anual indica que en 1953 Guatemala tenía 3.048.000 habitantes, y a partir de dicho año ha crecido la población en más de 100.000 habitantes por año. Esto nos indica la posibilidad de que nuestra población, en 1980, haya alcanzado los seis millones de habitantes; es decir, que en veinticinco años, o sea una generación, Guatemala puede duplicar su población, y frente a semejante crecimiento vegetativo es muy del caso tratar de conocer las características de nuestra población.

1. *Indios y Ladinos.*

El Censo de 1950 muestra que el 46,5 por 100 de la población es ladina, y el 53,5 por 100 de la misma, indígena.

Son ladinos quienes socialmente viven conforme a las costumbres y concepciones de la cultura occidental, e indígenas, quienes, aunque fuertemente influenciados por la cultura occidental, conservan en gran parte la lengua, costumbres y organización social pre-colombinas.

Estudios antropológicos posteriores muestran que la división anterior, aunque práctica, no corresponde a la realidad; en efecto, además de los indios *tradicionales* y ladinos, hay grupos intermediarios de población que corresponden al *indígena transitorio* en proceso de ladinización, entre los que deben mencionarse las *comunidades indígenas modificadas* (bilingües, y cuyos varones no usan traje distintivo) y las *comunidades indígenas ladinizadas* (que han adoptado la lengua española y han perdido la integridad de su organización social indígena). Además de estas formas colectivas de transculturización, existen los casos individuales de indígenas que se pasan al grupo ladino, y éstos, sumados, pueden considerarse también como un grupo significativo de indígenas transitorios. Estas circunstancias, y el mestizaje continuo como escena de fondo de la convivencia indígena-ladina, nos ponen en evidencia el carácter movedizo de la población guatemalteca. Sin embargo, dos hechos merecen señalarse en torno a estas cuestiones: 1) En la actualidad, el grupo ladino y el grupo indígena son prácticamente iguales en cantidad; 2) Guatemala está sufriendo un proceso de ladinización que identifica a los ladinos como la expresión de lo guatemalteco, designando los antropólogos este fenómeno con el nombre de cultura emergente.

2. Población rural y urbana.

Más del 70 por 100 de la población de Guatemala vive en comunidades rurales, y la población indígena es predominantemente rural, siendo, en consecuencia, la población ladina predominantemente urbana. Por lo tanto, Guatemala puede

considerarse como un país predominantemente rural, y dentro de tal característica, predominantemente indígena.

3. *Población según la edad.*

En 1950, 1.486.230 habitantes, o sea, más de la mitad de la población, eran menores de diecinueve años. La mediana vital de Guatemala es aproximadamente de dieciocho años, y la expectativa de vida al nacer del guatemalteco es de alrededor de cuarenta y nueve años. La población guatemalteca es, por consiguiente, predominantemente joven, y con una esperanza de vida relativamente corta. El 22,8 por 100 de la población es decir, casi la cuarta parte, es menor de siete años, y este dato nos indica cuan fuerte es el tributo de la infancia en la mortalidad del país. Desde el punto de vista económico-social, los datos anteriores nos muestran un país en que la población formativa es mayor que la población productora o ya formada, y tal fenómeno es, desde luego, contraproducente para el progreso y desarrollo de la población. Gran parte de los esfuerzos de la población productora, dedicados a la protección de la descendencia, son estériles, debido a los altos índices de mortalidad infantil, y esta malograda demogenesis debe preocupar seriamente al Estado, ya que mientras persista tal situación el bienestar social del país es algo ilusorio.

4. *Población según el sexo.*

Conforme al Censo de 1950, en Guatemala hay 102 hombres por cada 100 mujeres. La gran natalidad que caracteriza al país, y su escasa industrialización, permiten deducir que la mujer se encuentra escasamente incorporada al proceso de producción. Sin embargo, dentro de las limitaciones de una economía primitiva, la mujer campesina, y en especial la indígena, contribuyen al sostén de la economía familiar, tejiendo ropas y ayudando al marido en sus faenas del campo. El índice de nupcialidad es bajo (4,1 por 1.000 en 1954), y siendo

el índice de natalidad muy alto (51,7 por 1.000 en 1954), estos datos nos indican que la procreación al margen del matrimonio es muy frecuente. En general, la maternidad se inicia desde muy temprano en Guatemala, constituyendo la maternidad adolescente el 17 por 100 de la maternidad total. La paternidad adolescente representa tan sólo el 2 por 100 de la paternidad total.

5. *Grupos étnicos y economía monetaria.*

Información correspondiente a 1947-48 nos indica que por aquel entonces los ingresos por cabeza de la población indígena fueron de 70 quetzales al año, en contraste con los ingresos por cabeza de la población ladina, que fueron de 246 quetzales al año. Estos datos, en lo que concierne a la población indígena, son verdaderamente alarmantes, y deben ser motivo de preocupación para los guatemaltecos. La superación de la economía indígena es indudablemente clave de la superación general del país.

6. *Edad de la población y trabajo.*

Entre la población masculina de Guatemala, el 40 por 100 de los niños de diez a catorce años y el 90 por 100 de los adolescentes, de quince a diecinueve años, trabajan. Estos datos nos indican que la producción del país depende en proporción substancial del trabajo de menores, fenómeno no deseable, aunque concordante con la escasa expectativa de vida de la población.

7. *Población y educación.*

El Censo de 1950 acusa un 72,2 por 100 de analfabetos entre la población mayor de siete años de la República de Guatemala. Informaciones adicionales nos indican que mientras en las áreas urbanas asiste a la escuela un 69 por 100 de la población escolar, en las zonas rurales solamente asiste a la

escuela el 19 por 100 de dicha población. El hecho de que la Capital tenga sólo un 41 por 100 de analfabetos, y, en contraste, Departamentos predominantemente rurales, como el Quiché y Alta Verapaz, tengan más del 90 por 100, pone énfasis en la coincidencia entre analfabetismo y ruralismo e indigenismo.

Se ha dicho que la falta de escuelas y la escasez de maestros son en gran parte responsables del analfabetismo; no obstante, debe también tomarse muy en cuenta el absentismo escolar, o sea la falta de alumnos... Este fenómeno debe relacionarse en parte a la gran cantidad de menores que trabajan, y por ello no pueden asistir a la escuela. La dificultad para la erradicación del analfabetismo en Guatemala salta a la vista, ya que, aun suponiendo que el Estado pudiese habilitar escuelas y maestros en número suficiente, el problema no estaría resuelto hasta que se lograra evitar el absentismo de los escolares a los centros educativos.

b) ESTADÍSTICAS VITALES.

En 1952, el índice de natalidad de Guatemala fué de 51 por 1.000 (1). Tal índice era el segundo del mundo, entre 48 naciones informadas por las Naciones Unidas. Solamente Costa Rica, con 54 por 1.000, aventajaba a Guatemala. Dicho Informe mostraba que el índice de mortalidad bruta de Guatemala fué en ese año de 24 por 1.000.

En cuanto a mortalidad infantil (niños de cero a un año), el índice de 112 por 1.000 de Guatemala (2) colocaba al país en el grupo de naciones de mortalidad infantil muy alta, o sea los países que sobrepasan el 100 por 1.000.

Los hechos mencionados anteriormente repercuten más de lo que se piensa en la economía del país. En efecto, la mediana de edad en la población de Guatemala es de dieciocho años, y

(1) Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, octubre de 1955.

(2) Año de 1952.

en consecuencia, la población mayor de edad y, por lo tanto, activa es muy reducida si se compara con países desarrollados; este hecho reduce grandemente la capacidad productora del país. Los bajos ingresos por cabeza —especialmente en el indígena— explican, en parte el por qué el 90 por 100 de la población masculina de quince a diecinueve años trabaja, y aun la población masculina de diez a catorce años trabaja en casi un 40 por 100.

Las condiciones demográficas y los datos de estadística vital anteriormente expuestos nos conducen obligadamente a preguntarnos cuáles son las causas específicas de la mortalidad y morbilidad en Guatemala, y a continuación pasamos a considerar estos asuntos.

c) MORTALIDAD Y MORBILIDAD.

Desde el punto de vista médico-social, además de la etiología puramente médica de las enfermedades, debemos considerar las condiciones sociales de un país, especialmente si tales condiciones en alguna forma favorecen el desarrollo de la enfermedad. Trataremos primero la etiología médica de la mortalidad y morbilidad guatemaltecas, y luego haremos algunos comentarios en cuanto a las condiciones sociales del país y su relación con el estado sanitario de sus habitantes.

1. *Mortalidad.*

Las estadísticas hospitalarias son la fuente de información más aceptable para considerar las causas de mortalidad específica en Guatemala. Las estadísticas de mortalidad general del país tienen el inconveniente de no estar respaldadas en su mayoría por certificaciones médicas de las causas de muerte. Al considerar la mortalidad hospitalaria, dividimos la población en dos grandes grupos: 1) la población infantil y juvenil, comprendiendo a personas de cero a veinticuatro años, y 2) la población adulta y vieja, comprendiendo a personas de veinti-

cinco a setenta y cinco años y más. A continuación se exponen cuadros con una lista de las quince causas principales de mortalidad en los grupos de edad mencionados, según datos de la Dirección General de Estadística correspondientes al año 1953.

Mortalidad hospitalaria de cero a veinticuatro años.

1) Tuberculosis.....	185
2) Avitaminosis.....	124
3) Gastro-enteritis (menores dos años).....	83
4) Desnutrición sin calificar.....	62
5) Gastro-enteritis (mayores dos años).....	57
6) Anemia inespecífica.....	53
7) Fiebre tifoidea.....	37
8) Paludismo.....	29
9) Parasitismo intestinal.....	16
10) Anquilostomiasis.....	10
11) Epilepsia.....	8
12) Anemia ferropriva.....	6
13) Bronquitis aguda.....	5
14) Sarampión.....	3
15) Apendicitis.....	2

De acuerdo con estos datos, la tuberculosis pulmonar encabeza la mortalidad total para la población menor de veinticinco años, siguiéndole las avitaminosis (síndromes de pluricarencia nutricional), las gastro-enteritis y la desnutrición. Analizando la mortalidad por grupos de edades, en los niños menores de un año encabezan la lista en su orden, gastro-enteritis, avitaminosis y tuberculosis pulmonar; en los niños de uno a cuatro años, la avitaminosis y desnutriciones o síndromes de pluricarencia encabezan la lista, siguiendo la gastro-enteritis (menores de dos años); luego, la tuberculosis, y después, la gastro-enteritis (mayores de dos años); en los niños mayores y púberes de cinco a catorce años, la tuberculosis se coloca en primer lugar, seguida muy de cerca por la desnutrición y gastro-enteritis; en los jóvenes de quince a veinticuatro años, la tuberculosis logra una supremacía absoluta, seguida muy de lejos por la fiebre tifoidea y gastro-enteritis.

Mortalidad hospitalaria de veinticinco a setenta y cinco años y más.

1) Tuberculosis.....	324
2) Gastro-enteritis.....	104
3) Afecciones del miocardio.....	68
4) Estados multicarenciales.....	53
5) Tumor maligno del estómago.....	47
6) Anemia inespecificada.....	41
7) Paludismo.....	39
8) Tumor maligno cuello del útero.....	24
9) Anemia ferropriva.....	17
10) Alcohólicismo agudo.....	13
11) Epilepsias.....	12
12) Ulceración crónica de la piel.....	5
13) Colelitiasis.....	4
14) Prolapso útero-vaginal.....	3
15) Gripe e infecciones respiratorias.....	2

En este grupo, nuevamente la tuberculosis pulmonar encabeza la mortalidad total, siguiéndole gastro-enteritis, afecciones del miocardio, estados multicarenciales y tumores malignos del estómago. Analizando la mortalidad por grupos de edades, encontramos: en las personas de veinticinco a cuarenta y cuatro años encabeza la lista la tuberculosis pulmonar (195 casos), seguida muy de lejos por las gastro-entero-colitis (24 casos), la anemia inespecificada, la anemia ferropriva y el paludismo; en las personas de cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años, la tuberculosis es nuevamente la cabeza de la lista (103 casos), siguiéndole las gastro-entero-colitis (44 casos), los tumores malignos del estómago (29 casos) y las afecciones del miocardio y estados multicarenciales; en las personas de sesenta y cinco a setenta y cuatro años, las gastro-entero-colitis encabezan la lista (20 casos), seguidas de la tuberculosis (19 casos), las afecciones del miocardio (14 casos) y policarencias de la nutrición, paludismo y tumor maligno del estómago; pasados los setenta y cinco años, gastro-entero-colitis (16 casos), insuficiencias del miocardio (14 casos), estados multicarenciales, tuberculosis pulmonar y asma, son las cinco enfermedades que encabezan la lista causal de mortalidad.

Los cuadros anteriores nos ponen de manifiesto que la tuberculosis, las gastro-enteritis y las deficiencias de la nutrición se encuentran en ambos cuadros entre los cinco primeros lugares. En el cuadro correspondiente a edad adulta y vejez, las afecciones del miocardio y los tumores malignos del estómago logran importantes tercero y quinto lugares. Los cuadros en sí son muy demostrativos de las principales causas de mortalidad existentes en Guatemala, en la niñez y juventud, por una parte, y en la edad adulta y vejez, por otra.

2. *Morbilidad.*

Como en el caso de la mortalidad, basaremos nuestra investigación en la morbilidad hospitalaria, según datos de la Dirección General de Estadística, correspondientes al año 1953, dividiendo la población en los mismos grupos de edad que consideramos en los cuadros anteriores.

Morbilidad hospitalaria de cero a veinticuatro años.

1) Paludismo.....	2.514
2) Parasitismo intestinal inespecificado.....	1.800
3) Gripe e infecciones respiratorias.....	1.444
4) Anemia no especificada.....	1.375
5) Gastro-entero-colitis (mayores dos años).....	1.236
6) Gastro-enteritis (menores dos años).....	1.181
7) Tuberculosis pulmonar.....	1.169
8) Avitaminosis.....	901
9) Sarampión sin neumonía.....	510
10) Bronquitis aguda.....	490
11) Desnutrición inespecificada.....	457
12) Apendicitis.....	437
13) Fiebre tifoidea.....	426
14) Anemia ferropriva.....	359
15) Linfangitis inespecificada.....	313
16) Epilepsia.....	307
17) Amigdalitis aguda.....	282
18) Parotiditis.....	275
19) Disentería.....	244
20) Anquilostomiasis.....	226

De acuerdo con estos datos, la morbilidad de cero a veinticuatro años la encabeza el paludismo, siguiéndole varias en-

fermedades propias de la infancia y niñez, y tomando entre éstas la tuberculosis el séptimo lugar. En los niños menores de un año, la entero-colitis encabeza la lista, y la tuberculosis ha descendido al octavo lugar; en los niños de uno a cuatro años continúa encabezando la lista la entero-colitis, pero la tuberculosis ha descendido al décimo lugar; en los niños de cinco a catorce años, el parasitismo intestinal y el paludismo encabezan la lista, y la tuberculosis sube al quinto lugar; en los jóvenes de quince a veinticuatro años, paludismo y parasitismo intestinal continúan a la cabeza de la lista, pero la tuberculosis ha logrado un tercer lugar, y enfermedades no presentes en los grupos anteriores, tales como la apendicitis y epilepsia, aparecen en este grupo de edad entre las primeras diez causas de morbilidad. Al comparar el cuadro de mortalidad con el de morbilidad correspondiente a cero-veinticuatro años, nos damos cuenta que la tuberculosis, séptima en morbilidad, es primera en mortalidad. Por lo demás, debe notarse que en ambos casos figuran prominentemente gastro-enteritis y desnutrición; el paludismo y el parasitismo intestinal, que encabezan la lista de morbilidad, se postergan a un octavo y noveno lugar en la lista de mortalidad.

Morbilidad hospitalaria de veinticinco a setenta y cinco años y más.

1) Paludismo.....	2.944
2) Tuberculosis pulmonar.....	1.964
3) Gastro-entero-colitis.....	1.447
4) Gripe e infecciones respiratorias Sùp.	1.349
5) Anemia inespecificada.....	1.031
6) Alcoholismo agudo.....	738
7) Colelitiasis.....	593
8) Prolapso útero-vaginal.....	455
9) Anemia ferropriva.....	443
10) Bronquitis aguda.....	400
11) Estados multicarenciales de la nutrición.....	388
12) Neuralgias y neuritis.....	384
13) Ulceras crónicas de la piel.....	333
14) Fiebre reumática.....	314
15) Dismenorrea.....	296
16) Reumatismo.....	288

17) Asma.....	284
18) Epilepsia	281
19) Tumor maligno del cuello del útero.....	250
20) Afecciones del miocardio.....	242

Así como en la infancia y la juventud, nuevamente en la edad adulta y la vejez el paludismo encabeza la lista; le sigue la tuberculosis pulmonar, que se encuentra hasta el séptimo lugar en el grupo de población joven; luego, las gastro-enterocolitis, la gripe y la anemia inespecificada se significan por sobrepasar el millar de casos. En sexto lugar nos encontramos con el alcoholismo, el cual no aparece en las veinte principales enfermedades correspondientes a la juventud; luego, una serie de enfermedades, tales como la colelitiasis, los prolapsos útero-vaginales, anemias ferropriva, bronquitis y carencias de la nutrición continúan en su orden.

Por grupos de edad, de veinticinco a cuarenta y cuatro años, las primeras cinco enfermedades son: paludismo, tuberculosis pulmonar, bronquitis aguda, gastro-enterocolitis y anemia no especificada; de cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años, paludismo, tuberculosis pulmonar, gastro-enterocolitis, gripe e infecciones respiratorias superiores y anemia inespecificada; de sesenta y cinco a setenta y cuatro años, gastro-enterocolitis, paludismo, tuberculosis pulmonar, gripe e infecciones respiratorias superiores y anemia inespecificada; de setenta y cinco años y más, gastro-enterocolitis, tuberculosis pulmonar, paludismo, desnutrición y gripe e infecciones respiratorias superiores.

Comparando el cuadro de morbilidad con el de mortalidad, es de notarse que en el de morbilidad las cuatro primeras causas son enfermedades transmisibles, siendo la quinta anemia inespecificada, y en el de mortalidad encabezan la lista tuberculosis y gastro-enterocolitis, y toman tercero y quinto lugar afecciones del miocardio y tumores malignos del estómago, respectivamente; en cuarto lugar se intercalan los estados multicarenciales.

3. *Enfermedades transmisibles.*

A continuación presentamos las estadísticas de enfermedades transmisibles recogidas por la Salubridad Pública durante el año 1955, considerando a dichas enfermedades en cuanto a su morbilidad y mortalidad.

Morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles en el año 1955.

MORBILIDAD	Número casos	MORTALIDAD	Número muertes
1) Parasitismo intestinal ...	33.737	1) Paludismo.....	4.348
2) Paludismo.....	24.010	2) Parasitismo intestinal ...	3.020
3) Enteritis	22.754	3) Gripe	2.699
4) Gripe	16.271	4) Enteritis	2.568
5) Disenteria.....	7.005	5) Pneumonía y Bronco- pneumonía.....	2.553
6) Oncocercosis.....	6.549	6) Disenteria.....	1.833
7) Coqueluche	5.736	7) Coqueluche	1.633
8) Pneumonía y Bronco- pneumonía.....	5.309	8) Tuberculosis	704
9) Sarampión.....	3.134	9) Sarampión.....	610
10) Tuberculosis.....	2.738	10) Fiebre tifoidea	267
11) Enfermedades venéreas.	1.691	11) Cáncer.....	184
12) Sífilis	1.305	12) Erisipela	149
13) Varicela.....	1.171	13) Difteria.....	94
14) Fiebre tifoidea	717	14) Meningitis.....	58
15) Cáncer.....	713	15) Tétanos.....	45
16) Parotiditis.....	682	16) Parotiditis.....	40
17) Erisipela	303	17) Sífilis	28
18) Difteria.....	131	18) Encefalitis.....	25
19) Meningitis.....	88	19) Poliomieltis.....	19
20) Poliomieltis.....	83	20) Varicela.....	17
21) Antrax.....	69	21) Fiebre puerperal.....	15
22) Tétanos.....	64	22) Escarlatina.....	14
23) Encefalitis.....	35	23) Antrax.....	13
24) Fiebre puerperal.....	28	24) Enfermedades venéreas.	13
25) Leischmaniosis	22	25) Hidrofobia.....	10
26) Escarlatina.....	21	26) Leischmaniosis	5
27) Tracoma	17	27) Tifus exantemático	3
28) Lepra	11	28) Lepra	1
29) Hidrofobia.....	10	29) Tracoma	1
30) Tifus exantemático	7	30) Oncocercosis.....	0

(Grupo de población enferma reportado a Sanidad.)

(Grupo de casos reportado a Sanidad.)

Nótese que las primeras diez causas de morbilidad son casi las mismas primeras diez causas de mortalidad, exceptuando la oncocercosis, que figura entre las primeras diez de morbilidad y es la última en mortalidad, y la fiebre tifoidea, que es la décima en mortalidad y la catorce en morbilidad.

La tuberculosis, que es la primera causa en mortalidad hospitalaria, desciende a un octavo lugar en mortalidad por enfermedades transmisibles. En cuanto a morbilidad, ocupa un séptimo y un segundo lugar en los hospitales (grupos de cero-veinticuatro años y veinticinco-setenta y cinco años y más, respectivamente), y en enfermedades transmisibles es la décima en la lista. Paludismo, parasitismo intestinal, gripe, gastro-enteritis y sarampión, que figuran como grandes causas de morbilidad hospitalaria de cero a veinticuatro años, se encuentran también entre las principales enfermedades transmisibles. Estas enfermedades también figuran en forma prominente en los cuadros de mortalidad hospitalaria y de mortalidad por enfermedades transmisibles.

Debemos hacer notar que las estadísticas de mortalidad y morbilidad que hemos considerado se han hecho sobre población seleccionada, no representativa de la población total del país, ya que en el caso de las estadísticas hospitalarias la hospitalización en sí constituye *ab initio* una selección, tanto en lo concerniente a la gravedad de las enfermedades como en lo que se refiere al sector social en que se manifiestan, que corresponde a la gente de escasos recursos que acude a los hospitales nacionales; en cuanto a las enfermedades transmisibles, su nombre nos está indicando que son enfermedades seleccionadas con el fin preciso de controlar la epidemiología del país.

Lo dicho en el párrafo anterior no resta importancia a las estadísticas que hemos estudiado. En efecto, estos estudios los hacemos con el objeto de considerar las prestaciones de enfermedad común como un programa por desarrollarse en el

I.G.S.S., y es evidente que el conocimiento de las características de nuestras enfermedades transmisibles y nuestra patología hospitalaria, aun siendo representativa de los sectores económicamente débiles de población, es de primordial interés para el Instituto. Debe recordarse que es en estos sectores menesterosos de la población donde más se harán sentir los beneficios del programa de enfermedad común, y de ahí la importancia de conocer la morbilidad y mortalidad en nuestros hospitales.

En cuanto a las enfermedades transmisibles, el conocimiento de su magnitud y relativa importancia nos permite darnos cuenta de la coordinación que debe existir entre la Sanidad Pública y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el desarrollo de sus programas. Es indudable que la lucha contra ciertas enfermedades transmisibles y la posibilidad de erradicación de algunas otras repercute sobre las posibilidades del Instituto en cuanto a superar sus prestaciones en servicio y en dinero, al disminuir o desaparecer algunas de las enfermedades mencionadas. Por otra parte, el Instituto deberá tener muy presentes nuestras características epidemiológicas, al extender su programa de enfermedad común a diversas regiones del país. La necesidad de médicos sanitarios en los servicios del Instituto, es uno de los hechos que salta a la vista al analizar nuestra morbilidad y mortalidad.

4. *Condiciones sociales del país y salubridad.*

Es conocido el hecho de que los países que tienen un patrón de vida alto no necesitan de grandes servicios de salubridad pública. Recíprocamente, los países con un patrón de vida bajo requieren el desarrollo de extensos servicios de salud pública. Se considera que la educación, el bienestar económico y la buena integración familiar son factores muy influyentes en el logro de un patrón de vida alto; tales factores determinan la formación de comunidades cuyos individuos pueden

defenderse por sus propios medios contra las enfermedades. A la inversa, la falta de buena integración familiar, bienestar económico y educación, es determinante de comunidades que solamente con la cooperación del Estado, mediante Organismos tales como Salubridad Pública, pueden defenderse y protegerse de los riesgos inherentes a la enfermedad.

Las condiciones sociales de Guatemala, nos permiten situar a nuestro país entre aquellos que necesitan de grandes organizaciones sanitarias para lograr que sus habitantes se protejan de las enfermedades. En efecto, si consideramos nuestras circunstancias demográficas y las relacionamos a nuestras estadísticas vitales y nuestra epidemiología, encontramos lo siguiente :

1) La naturaleza heterogénea de nuestra población, formada prácticamente en partes iguales por indios y ladinos, representa el convivio de dos culturas diferentes dentro de una misma nación. Desde el punto de vista sanitario, la cultura indígena se encuentra en gran parte bajo el ascendiente de procedimientos mágicos de curación; la cultura ladina, al menos en principio, acepta los procedimientos científicos. En consecuencia, encontramos que nuestra integración étnica determina ya *ab initio* una función tutelar del estado —que por cierto no ha sido adecuadamente desarrollada— para la protección sanitaria de los sectores indígenas de la población.

2) Nuestra predominancia rural en un 70 por 100, es un factor adicional en favor de la intervención del Estado en la lucha contra las enfermedades; debemos señalar aquí nuevamente, que la intervención del Estado ha sido inadecuada en relación con las necesidades sanitarias del país en las áreas rurales.

3) La distribución por edades de nuestra población, cuya mediana vital es de dieciocho años, se significa como un llamado imperativo a los recursos estatales para que éstos se empeñen en reducir nuestra mortalidad infantil; ya hemos dicho

que esta distribución por edades de nuestro país impone grandes cargas al sector productor o adulto de la población, que debe sostener a su enorme descendencia mediante esfuerzos en gran parte estériles, ya que culminan frecuentemente con la muerte en la infancia de la misma.

4) La integración de la familia se encuentra en crisis en Guatemala. Las estadísticas al respecto son deficientes, ya que en los últimos años no se han calificado los nacimientos en legítimos e ilegítimos; no obstante, podemos saber que en el año de 1943 el 75,9 por 100 de las nacimientos eran ilegítimos. Este dato tiene como limitación el hecho de que vastos sectores indígenas no se casan a la usanza occidental, es decir, con matrimonio civil y religioso cristiano; sin embargo, se casan conforme a sus costumbres culturales, y, por lo tanto, sus hijos, ilegítimos conforme a nuestra Ley de 1943, han nacido en familias bien integradas. Entre los ladinos, la falta de integración familiar es evidente, ya que, a pesar de que es parte de la cultura ladina el matrimonio religioso cristiano y el civil, *la mayoría de las madres que asisten a las maternidades del Estado no son casadas*. Esta falta de integración familiar repercute sobre la seguridad del hogar, que se encuentra a merced de la buena voluntad de los padres para conservarlo. Resultado: una infancia precariamente protegida, que sólo mediante la ayuda médico-social del Estado puede sobrevivir.

5) La situación económica de la mayoría de los hogares guatemaltecos no es satisfactoria en cuanto a que permita en los sectores menesterosos de la población el pago de médicos y medicinas. La consulta médica —aunque el médico cobre poco— y el costo de las medicinas, son gastos que representan verdaderos sacrificios en la clase trabajadora ladina, y lujos casi imposibles, en gran parte de la población indígena. Estas limitaciones económicas para poder protegerse de la enfermedad son un factor más que determina *la acción tutelar del Estado* para proteger la salud de la comunidad. En cuanto a pro-

tección económica frente a la enfermedad, los beneficios de la Seguridad Social superan a los asistenciales, ya que, además de los servicios médicos, contemplan la protección en dinero para los afiliados, lo cual significa la salvaguardia económica de sus hogares.

6) La deficiencia educativa de la población es otro obstáculo en cuanto a las posibilidades de que pueda responsabilizarse del cuidado de su salud. Hemos visto que el 72,2 por 100 de la población mayor de siete años era analfabeta en 1950; por otra parte, se han indicado las dificultades socioeconómicas que obstaculizan el progreso de la educación, y como la resolución de estos problemas es de largo alcance, podemos afirmar que las circunstancias educativas del país permanecen —si no idénticas— al menos similares a las existentes en 1950. La ignorancia no podrá ser nunca una buena aliada de la conservación de la salud y lucha contra la enfermedad. Tanto la higiene como la utilización de los recursos médico-terapéuticos de la comunidad en forma adecuada necesitan de una población medianamente educada para realizarse plenamente; en consecuencia, nuevamente constatamos la necesidad de la intervención del Estado en los problemas sanitarios de la comunidad, tanto para impulsar la educación sanitaria como para orientar y guiar al pueblo en general y a los analfabetos en especial hacia el uso de los recursos médico-sociales del país. El analfabetismo, unido a la pobreza, son factores básicamente determinantes del desarrollo, por parte del Estado, de grandes programas asistenciales, sanitarios y de Seguridad Social.

7) A las circunstancias anteriores debemos agregar las amargas realidades puestas en evidencia por nuestras estadísticas vitales y epidemiológicas. Nuestra alarmante mortalidad total, de 24 por 1.000, en 1952; nuestra gran mortalidad infantil, que en 1952 pasaba aún el 100 por 1.000; nuestra mortalidad, de 51 por 1.000, sólo aventajada por Costa Rica

el año mencionado, y nuestra alta mortalidad pre-escolar, nos indican las circunstancias precarias de la demografía sanitaria de Guatemala. El análisis de las grandes causas de mortalidad y morbilidad hospitalaria, por una parte, y de mortalidad y morbilidad por enfermedades transmisibles, por otra, nos revelan cuáles son las enfermedades que más hostigan a nuestra población y, en consecuencia, orientan al Estado en sus programas médico-sanitarios.

Entre las enfermedades transmisibles, parasitismo intestinal, paludismo, enteritis, gripe, disentería, oncocercosis, tos ferina, pulmonía, sarampión, tuberculosis y fiebre tifoidea, se nos identifican como las más frecuentes y mortíferas (con excepción de la oncocercosis, que tan sólo es frecuente). El combatir estas enfermedades y otras, quizá menos frecuentes, pero no por ello menos indeseables, es *una de las labores básicas del Estado*, y para ello los programas sanitarios, asistenciales y de Seguridad Social deben estimularse y apoyarse.

Las estadísticas hospitalarias nos confirman la importancia primordial de las enfermedades transmisibles en nuestra patología; no obstante, en ellas encontramos algunos rubros sobresalientes y no transmisibles que ameritan párrafos especiales: 1) Es impresionante la mala nutrición de nuestro pueblo; la desnutrición, además de ocupar un lugar destacado en la morbilidad de jóvenes, adultos y viejos, figura como cuarta causa de mortalidad en la población adulta y vieja, y como primera causa de mortalidad en la población de cero a veinticuatro años, si tomamos en cuenta que sumando avitaminosis y desnutriciones inespecificadas obtenemos una cifra mayor que la de mortalidad por tuberculosis. Siendo la desnutrición una enfermedad que reconoce como causas sobresalientes a la ignorancia, pobreza y desintegración familiar, debemos hacernos cargo de que la educación dietética no es suficiente. El alza de los patrones de vida de la población representa, sin duda, la solución a largo alcance del problema nutricional en

nuéstro medio; la Seguridad Social, con su sistemática de prestaciones en dinero, representa para los afiliados buena parte de la solución de este problema. 2) El alcoholismo figura en el sexto lugar en la morbilidad de la población adulta; el programa de enfermedad del Instituto debe tomar muy en cuenta este problema. 3) Enfermedades de tipo médico-quirúrgico, como la colelitiasis, los tumores malignos, los prolapsos útero-vaginales y la apendicitis se destacan en la morbilidad y mortalidad de la población. 4) Llama la atención la frecuencia de la epilepsia, tanto en el grupo adulto como en el juvenil.

8) Antes de terminar nuestra exposición sobre las condiciones sociales del país y su salubridad, queremos recordar el hecho de que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social tiene una década de haber iniciado su intervención en la resolución de estos problemas. Actualmente, el Instituto sobrepasa los 200.000 afiliados, y tiene en vigencia dos programas:

- a) el de protección de accidentes comunes y de trabajo, el cual se extiende territorialmente a diez Departamentos, habiendo atendido durante el año 1955-1956, 53.600 accidentes.
- b) el programa de protección Materno-Infantil, que cubre solamente al Departamento de Guatemala, habiendo atendido durante el año 1955-1956, 4.197 partos, y habiéndose dado 25.272 consultas maternas y 9.504 consultas infantiles.

La morbilidad por accidentes no ha sido considerada en las estadísticas médico-hospitalarias que analizamos anteriormente, debido a que gran parte de la misma es controlada por el Instituto, y los cuadros expuestos provienen de la Sección de Estadísticas de Salud Pública de la Dirección General de Estadística. Podemos asegurar que los accidentes son una de las grandes causas de morbilidad y mortalidad en la República, ya que usualmente encabezan las estadísticas de la mayoría de los países.

En cuanto a la protección materno-infantil dada por el Instituto, aunque limitada al Departamento de Guatemala, debemos manifestar que en dicho Departamento se significa como la protección médico-social más eficiente a la madre y el niño, tanto en sus prestaciones en servicio como en sus prestaciones económicas. Lo mismo podemos decir del programa de accidentes en relación a las zonas del país que está protegiendo.

9) Las consideraciones anteriormente puntualizadas sobre las condiciones sociales del país y su salubridad nos permiten externar criterio en el sentido de que :

- a) las características sociales del país determinan la necesidad de que el Estado se interese por desarrollar amplios programas de salubridad, asistencia social y seguridad social ;
- b) los programas de Seguridad Social en el campo de protección de la salud no sólo conceden prestaciones en servicio de calidad y con las características de un derecho, sino que además dan beneficios pecuniaros que permiten resolver el problema de la subsistencia de las familias de trabajadores enfermos. Por esta última razón, dadas las circunstancias socio-económicas del país, es una necesidad perentoria el que el Instituto cubra la enfermedad común, con lo cual han de beneficiarse a corto plazo 200.000 familias guatemaltecas, y a la larga, toda la clase laborante de la República. En un país con los problemas sociales y vitales de Guatemala, la protección de la enfermedad por la Seguridad Social se requiere con carácter de emergencia.

d) RECURSOS HOSPITALARIOS DE GUATEMALA.

A continuación se expone un cuadro, en donde se ha relacionado la población de los Departamentos de Guatemala con el número de camas hospitalarias con que cuenta cada De-

partamento. En dicho cuadro también puede verse el porcentaje de camas correspondientes a los Departamentos de la República.

Proporciones entre la población guatemalteca, por Departamentos y el número de camas hospitalarias (incluyendo cunas) en los mismos.

DEPARTAMENTOS	Población	Número de camas	Personas por cama	% de camas
Guatemala	438.913	4.535	97	51,9
El Progreso	47.872	4	11.968	00,0
Sacatepéquez	60.124	232	259	2,7
Chimaltenango	121.480	42	2.892	0,5
Escuintla	123.759	582	178	6,7
Santa Rosa	109.836	33	3.328	0,4
Sololá	82.921	174	477	2,0
Totonicapán	99.354	85	1.169	1,0
Quezaltenango	184.213	841	219	9,6
Suchitepéquez	124.403	447	278	5,1
Retalhuleu	66.861	234	286	2,7
San Marcos	232.591	147	1.582	1,7
Huehuetenango	200.101	157	1.275	1,8
El Quiché	174.911	79	2.214	0,9
Baja Verapaz	66.313	55	1.206	0,6
Alta Verapaz	189.812	212	895	2,4
Petén	15.880	80	199	0,8
Izabal	55.032	473	116	5,4
Zacapa	69.536	121	575	1,4
Chiquimula	112.841	103	1.096	1,2
Jalapa	75.190	60	1.253	0,7
Jutiapa	138.925	42	3.308	0,5
TOTALES	2.790.868	8.738	319	100,0

Las cifras de camas hospitalarias corresponden a: 1) los Hospitales Nacionales del Gobierno de la República, dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2) los Hospitales del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el Ejército y la Guardia Civil; 3) los hospitales de las siguientes Instituciones privadas subvencionadas por el Estado: Sanatorio de niños débiles Elisa Martínez de Arévalo, de Guarderías Infantiles; Hospital Infantil de la Casa del Niño;

Colonia Infantil de San Juan Sacatepéquez del Club de Leones; Sanatorio Antialcohólico y Hospital Infantil de Puerto Barrios, Izabal; 4) Los hospitales particulares no subvencionados por el Estado, a saber: Hospital Americano, Hospital de Tiquisate, Escuintla y Hospital de Quiriguá, Izabal (estos últimos de la Compañía Frutera Unida).

Las cunas, que son en total 974, representan el 11 por 100 del encamamiento, mientras que la población de cero a cuatro años (469.782) representa el 17 por 100 de la población total del país.

Las cifras de población expuestas en el cuadro anterior corresponden al Censo de 1950, y las cifras de encamamiento corresponden al año 1955-1956. Esto debe tomarse en cuenta, ya que la población ha aumentado desde que se verificó el Censo en alrededor de 500.000 habitantes, pudiendo estimarse que será de aproximadamente 3.350.000 habitantes al terminar el año 1956. Esta cifra representa un aumento de casi el 20 por 100 en relación a 1950, lo cual indica que las cifras de encamamiento son en la realidad 20 por 100 más altas; es decir, que hay un 20 por 100 más de personas por cada cama.

Al analizar el cuadro de estadísticas de encamamiento, se destacan las siguientes observaciones:

1) El número de camas por persona en el Departamento de Guatemala es aparentemente satisfactorio, ya que da una cifra de casi 10 por 1.000. Realmente, debe tomarse muy en cuenta el hecho de que en el Departamento de Guatemala se centralizan algunas actividades sanitarias que están al servicio de casi todo el país; tales, la hospitalización de tuberculosos, leprosos, enfermos neuro-psiquiátricos, militares y guardias civiles, y aun en forma singular, de enfermos graves de los otros Departamentos de la República, que buscan los recursos médicos altamente especializados, existentes sólo en la Capital. Todo ello le da un valor relativo al número de camas existentes en el Departamento de Guatemala, el cual no se puede

relacionar en sentido estricto a la población del Departamento.

2) El 51,9 por 100 de las camas hospitalarias está concentrado en el Departamento de Guatemala, cuya población sólo representa el 15 por 100 de la población total de la República. Tal fenómeno tiene en gran parte su explicación en las razones dadas en el párrafo anterior.

3) Los Departamentos que tienen menos de 100 camas son: El Progreso, Chimaltenango, Santa Rosa, Totonicapán, El Quiché, Baja Verapaz, Petén, Jalapa y Jutiapa. Con excepción de Totonicapán, cada uno de estos Departamentos tiene menos de 1 por 100 de las camas de la República, y en la mayoría de ellos el número de personas por cama es verdaderamente abrumador; sin embargo, debe tomarse en cuenta que algunos de estos Departamentos dependen en gran parte, en lo que a hospitalización concierne, de hospitales situados en otro Departamento. La población del Progreso, de Santa Rosa y de Baja Verapaz, por ejemplo, acude corrientemente a los grandes hospitales de Guatemala cuando se enferma.

4) Algunos Departamentos, que tienen un número de camas y un porcentaje de las mismas relativamente alto, deben esta situación privilegiada, en gran parte, al hecho de ser muy importantes en la economía nacional. Tal sucede con Escuintla e Izabal, que son centros de producción bananera, contando ambos con hospitales particulares, propios de la Compañía Frutera. Puede decirse que, en general, la riqueza del Departamento y su importancia en la producción nacional coinciden con las cifras más altas en camas y porcentaje de las mismas. Las cifras de Guatemala, Quezaltenango, Sacatepéquez, Suchitepéquez y Retalhuleu lo demuestran. En general, la producción frutera de bananos y café y la industrialización parecen ser las actividades más influyentes en la producción nacional, y los Departamentos que las han desarrollado muestran porcentajes de encamamiento hospitalario sobre la unidad.

La falta de hospitales en algunas zonas de la República, así como también el establecimiento de las necesidades hospitalarias del país, ha sido preocupación del Estado en los últimos años. Fué así como en febrero de 1946 se celebró el Primer Congreso Médico Hospitalario, bajo los auspicios del entonces recién organizado Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, recomendándose desde entonces la construcción de una red de hospitales en la República, para lo cual debía tomarse en cuenta la opinión de técnicos y expertos en la materia. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se interesó desde entonces en este problema, y en 1948 emprendió amplios trabajos de campo para determinar las necesidades asistenciales de Guatemala, por cuenta del Instituto. Estos trabajos culminaron con la elaboración del «Estudio Hospitalario de la República de Guatemala», por el Dr. Henry W. Kolbe; el mencionado estudio es un modelo en su género, y establece la ubicación de hospitales rurales, departamentales y regionales en forma técnica y de acuerdo con las necesidades de las diversas zonas del país. Este plan contempla una coordinación de esfuerzos asistenciales, sanitarios y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, tendentes a enfrentar los problemas de salubridad de Guatemala, conjuntamente, evitando duplicación de esfuerzos y tomando responsabilidades de común acuerdo. Este plan, que recuerda las tentativas y realizaciones de acción conjunta en el campo sanitario llevadas a cabo en otros países, no ha llegado a ser una realidad. El Programa de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social tendrá que tomar muy en cuenta para su desarrollo las posibilidades de utilización del Estudio Hospitalario de la República de Guatemala, elaborado en 1948.

e) SERVICIOS SANITARIOS DE GUATEMALA.

Las actividades de la Dirección General de Sanidad Pública y Servicios Conexos son en nuestro país múltiples y de un

alcance muy amplio. El enunciado y regulación de las mismas puede encontrarse en el Código de Sanidad, que en sí ya es un volumen. Tomando en cuenta la extensión de las actividades sanitarias y la imposibilidad de sintetizarlas en unos cuantos párrafos, como lo requiere la índole de este trabajo, destinado al cambio de impresiones en una Conferencia de Seguridad Social, nos limitaremos a destacar selectivamente aquellas actividades sanitarias que se relacionan con la lucha contra las enfermedades transmisibles, problema de interés para el Instituto, por sus repercusiones sobre el Programa de Enfermedad común por desarrollarse. Destacaremos también la acción sanitaria en el campo nutricional y materno-infantil.

Como datos iniciales de las actividades sanitarias de Guatemala, exponemos el cuadro siguiente, que nos indica el número de unidades Sanitarias y Centros de Salud existentes en la República. Hacemos notar que por Unidades Sanitarias se entiende a servicios de salubridad bastante completos, que incluyen a uno o varios médicos en sus labores, y que prácticamente son el eje de la acción sanitaria en diversas zonas del país. La lucha contra las enfermedades transmisibles, servicios materno-infantiles y nutricionales y funciones de saneamiento ambiental se coordinan regionalmente alrededor de estas Unidades. Los Centros de Salud son avanzadas más modestas de la Salubridad, y por de pronto más se preocupan de la protección materno-infantil, para lo cual cuentan con una comadrona. Estos Centros de Salud están llamados a convertirse en Unidades Sanitarias, aunque por ahora son más bien dependencias de dichas Unidades, siendo visitadas por los médicos de las mismas, quienes desempeñan en ellos labores de salud pública.

SERVICIOS DE SANIDAD PUBLICA	UNIDADES SANITARIAS Y CENTROS	
	Departamentos	Unidades sanitarias
Guatemala.....	10	3
El Progreso.....	1	3
Sacatepéquez.....	1	3
Chimaltenango.....	1	3
Escuintla.....	4	2
Santa Rosa.....	1	7
Sololá.....	1	6
Totonicapán.....	1	3
Quezaltenango.....	1	4
Suchitepéquez.....	1	5
Retalhuleu.....	2	2
San Marcos.....	3	4
Huehuetenango.....	1	7
El Quiché.....	1	4
Baja Verapaz.....	1	2
Alta Verapaz.....	1	4
El Petén.....	1	5
Izabal.....	2	2
Zacapa.....	1	3
Chiquimula.....	1	3
Jalapa.....	1	1
Jutiapa.....	1	2
TOTAL.....	38	78

Las Unidades Sanitarias se encargan en gran parte de la lucha contra las enfermedades transmisibles, especialmente en lo concerniente al paludismo y el parasitismo intestinal, que, como hemos visto, encabezan la lista de morbilidad y mortalidad por dichas enfermedades. Salubridad Pública cuenta con dependencias especializadas en la lucha contra estas enfermedades. Por otra parte, Organismos dedicados al saneamiento ambiental se dedican a la erradicación de los mosquitos transmisores del paludismo y al aprovisionamiento de letrinas en gran escala, lo cual contribuye a combatir el parasitismo intestinal.

La lucha contra la tuberculosis se encuentra a cargo de un Organismo especializado, y lo mismo sucede con la lucha con-

tras las enfermedades venéreas, la oncocercosis y la poliomielitis. Algunos de estos Organismos se benefician de la ayuda internacional (Organización Mundial de la Salud, Unicef), coordinándose esfuerzos y empleando en forma conjunta recursos de personal, brigadas móviles y Unidades Sanitarias o Centros de Salud como centros de trabajo.

La lucha contra la desnutrición es un buen ejemplo de esta forma cooperativa de trabajo, contribuyendo en ella Unicef, que hace grandes donaciones en especie; el Instituto Centro-Americano de la Nutrición, con su capacidad técnica, y Sanidad Pública y otras Organizaciones (Escuelas e Instituciones de beneficencia), que proveen sus instalaciones para que sirvan como dispensarios de leche.

La inmunización contra las enfermedades vacunables es otra de las actividades de las Unidades Sanitarias, que son muy adecuadas para el desarrollo de programas masivos, tales como el de vacunación con B.C.G., que se desarrolla actualmente en cooperación con la Organización Mundial de la Salud y Unicef.

Por otra parte, la protección materno-infantil y la lucha contra las enfermedades transmisibles de la infancia y niñez pueden desarrollarse adecuadamente en las Unidades Sanitarias. Los Centros de Salud, en gran parte, circunscriben su acción a la protección maternal y neonatal, siendo una comadrona la encargada de tales labores.

El Departamento de Saneamiento Ambiental de Sanidad Pública es otro Organismo que coopera extensamente en la lucha contra las enfermedades transmisibles. Además de la letrinización que ya mencionamos, Saneamiento Ambiental tiene a su cargo el diseño de sistemas y el mantenimiento de plantas de agua potable, el control de drenajes, la desecación de pantanos y control de larvas, el control de alimentos y bebidas, el control de basuras, insectos, artrópodos y roedores, la higiene de los centros de trabajo y recreación y la higiene

escolar, el control de construcciones en cuanto a sus requisitos higiénicos (escuelas, hospitales, unidades sanitarias, etc.) y una vasta labor educativa en estos diferentes asuntos. Creemos que el saneamiento ambiental es posiblemente la parte medular de la función sanitaria, y es por ello que hemos visto con beneplácito su amplio programa de acción.

Pero Sanidad no puede resolver por sí sola el problema de la salud del país. Teóricamente, el logro de sus programas a plenitud significaría la solución de gran parte de los problemas; en la práctica, tal cosa no es posible, ya que, dadas las condiciones sociales de la mayoría de nuestra población y las condiciones ambientales adversas que rodean a la misma, es para el país económicamente imposible el desarrollar un programa sanitario que satisfaga sus necesidades. Pocas poblaciones tienen agua potable y drenajes adecuados; las letrinas en las vastas áreas rurales son un lujo propio de minorías; la mayoría de la población se alimenta todavía menospreciando o ignorando precauciones higiénicas; la ignorancia, miseria y mala integración familiar continúan produciendo masas de población desnutrida y predispuesta a perecer en el ambiente insalubre que le rodea; el alcoholismo es un problema nacional que, lejos de disminuir, va en aumento, y frente a esta multitud de problemas Salubridad Pública, que por cierto mucho está haciendo, relativamente hace una obra limitada, que a veces se reduce a proyectos o experiencias de carácter piloto. Esta limitación no obsta para que Sanidad se haya apuntado triunfos destacados, tales como la erradicación casi total del tífus exantemático y la desaparición de la viruela en Guatemala. Actualmente, las luchas contra la tuberculosis y el paludismo son evidentemente dos de los programas sanitarios que más preocupan al Estado.

En páginas anteriores indicamos que en el programa de enfermedad común del Instituto el médico sanitario será una necesidad evidente. Esta impresión inicial la reafirmamos de

- nuevo, después de considerar la importancia de los servicios sanitarios frente a nuestra variada morbilidad.

Aunque todos los médicos de la República colaboran con los servicios de salubridad, trabajan como funcionarios de la misma solamente 91 en total, de 544; es decir, el 16,7 por 100 de dichos profesionales. Trabajan también en Sanidad 17 dentistas, cinco ingenieros y dos veterinarios; las cifras correspondientes a estos profesionales y las mencionadas en relación con los médicos son muy pequeñas en proporción con los vastos programas de Sanidad, tanto en lo concerniente a Medicina preventiva y curativa como en lo que respecta a higiene y saneamiento ambiental. Estas limitaciones de personal, unidas a un presupuesto que, a pesar de haberse aumentado en los últimos años, no alcanza los tres millones de quetzales, nos indican que las actividades de Sanidad, meritorias por sus logros con tan escasos recursos, distan mucho de estar plenamente desarrolladas.

f) SERVICIOS DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.

La Ley Orgánica del Instituto contempla un extenso programa de beneficios, que incluye la protección de sus afiliados en casos de accidentes, maternidad, enfermedades generales, invalidez, orfandad, viudedad, vejez y muerte; dicha Ley deja el campo abierto para cubrir otros beneficios que en el futuro los reglamentos determinen. Este programa, concordante con las aspiraciones de la Seguridad Social en otros países, resultó *ab initio* completamente desproporcionado en relación al desarrollo económico del país, y a sus recursos técnicos. Debe mencionarse el hecho de que la Ley considera a todos los habitantes del país que forman parte de la población activa en la producción de artículos y servicios como posibles afiliados del Instituto; si recordamos las características étnicas y económicas de la población, con su división cultural en ind-

genas y ladinos, su predominante ruralismo, su analfabetismo y la desigualdad de ingresos de sus habitantes, pronto comprendemos los grandes obstáculos que hay que salvar para llegar a cubrir a toda la población, considerando afiliados a la generalidad de los guatemaltecos. Por estas razones, el Instituto ha iniciado su desarrollo en forma gradual, principiando por restablecer un programa de protección de accidentes del trabajo y comunes, e iniciando luego un programa de protección materno-infantil. Actualmente, la experiencia lograda permite al Instituto iniciar un programa de enfermedad común; para el efecto, en la preparación de este último ha contado con la valiosa colaboración de los técnicos de la O.I.T., y ahora puede decirse que es perfectamente factible poner en marcha tal programa en 1957.

A continuación pasamos a conocer sumariamente los recursos médico-hospitalarios del Instituto, considerados en su fase actual, que se limita al programa de accidentes en diez Departamentos y a la protección materno-infantil en el Departamento de Guatemala.

Instalaciones médico-hospitalarias del Instituto. Programa de Accidentes.

CENTROS HOSPITALARIOS

DEPARTAMENTOS	Servicios	Número de camas
Guatemala	Centro Traumatológico	256
Guatemala	Centro de Rehabilitación	207
Chimaltenango	Pochuta	18
Escuintla	Escuintla	80
Escuintla	Santa Lucía Cotzumalguapa	18
Santa Rosa	Cuilapa	33
Quezaltenango	Quezaltenango	40
Quezaltenango	Colomba	26
Quezaltenango	Coatepeque	51
Suchitepéquez	Mazatenango	75
Suchitepéquez	Chicacao	12
Suchitepéquez	Patulul	38
Retalhuleu	Retalhuleu	40

DEPARTAMENTOS	Servicios	Número de camas
San Marcos.....	El Tumbador.....	30
San Marcos.....	Malacatán.....	22
Alta Verapaz.....	Cobán.....	20
	TOTAL.....	966

Además del encamamiento en servicios propios, expuesto en el cuadro anterior, el Instituto cuenta con 317 camas situadas en los Hospitales Nacionales y algunos otros hospitales estatales y privados; en total, el Instituto dispone actualmente de 1.289 camas para atender a los accidentes de sus afiliados.

En lo concerniente a su programa de Protección Materno-Infantil, el Instituto cuenta con 153 camas y 162 cunas, lo cual eleva sus recursos de internamiento a 1.604 personas. Esto representa el 18 por 100 de los recursos de internamiento del país.

A los Centros Hospitalarios debemos agregar los Consultorios que, en número de ocho, prestan servicios en los siguientes lugares: Guatemala (Capital), El Progreso (El Rancho), Sacatepéquez (Antigua Guatemala), Escuintla (Puerto San José), Chimaltenango (Chimaltenango), Retalhuleu (Champerico), San Marcos (Ayutla) e Izabal (Puerto Barrios); por otra parte, existen 16 Puestos de Primeros Auxilios, localizados convenientemente en diversos lugares de la República.

Tanto en el programa de accidentes como en el programa materno-infantil, los beneficios del Instituto son preventivos, curativos y rehabilitadores, lo cual le da un carácter integral a la protección médica de sus afiliados. En el programa materno-infantil, el Instituto, además de cubrir a las afiliadas, cubre a las esposas y compañeras de los afiliados, en lo que a prestaciones médicas respecta.

Para atender a los afiliados, 180 médicos prestan sus servicios profesionales a la Institución. Estos servicios son en su

mayoría de tiempo parcial, lo cual permite a los profesionales al servicio del Instituto dedicar parte de su tiempo a otras actividades propias del ejercicio de la Medicina.

g) INICIATIVA PRIVADA.

Hemos hecho una exposición, por cierto muy condensada, de los recursos médico-hospitalarios de la República, los servicios de Salubridad y los servicios del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. En la práctica, estos son los aspectos más importantes en cuanto a recursos estatales organizados que se dedican a la protección de la salud del pueblo guatemalteco.

La iniciativa privada también ha desarrollado meritorios esfuerzos en el campo sanitario, entre los cuales es muy del caso mencionar: los servicios de la Compañía Frutera Unida, que cuenta con 542 camas en los hospitales de Tiquisate y Quiaguá; los servicios de la Asociación de Comedores y Guarderías Infantiles, cuyos hospitales son de niños, dedicándose uno al internamiento de tuberculosos en la Capital, y otro a la Medicina general en Puerto Barrios; la Colonia Infantil para niños tuberculosos del Club de Leones, en San Juan Sacatepéquez, y el Sanatorio Antialcohólico. Las cunas y camas de estos servicios están incluídas en la estadística médico-hospitalaria que presentamos. Por otra parte, debemos mencionar otros esfuerzos sanitarios de tipo privado, tales como la Liga contra la Tuberculosis, cuyas actividades son de carácter preventivo; la Liga contra el Cáncer, el Comité Pro-ciegos y Sordomudos y la Lucha contra la Poliomiélitis. Debemos agregar que algunas Empresas nacionales también dan beneficios médicos a sus trabajadores, y, finalmente, hemos de señalar que existen algunos internamientos privados de tipo remunerado, los cuales corrientemente se denominan Casas de Salud.

h) RECURSOS DE PERSONAL MÉDICO Y PROFESIONES CONEXAS A LA MEDICINA.

Proporciones entre la población de Guatemala, por Departamentos y el número de médicos en los mismos.

DEPARTAMENTOS	Población	Número de médicos	Personas por médico	Porcentaje
Guatemala.....	438.913	364	1.206	67,17
El Progreso.....	47.872	2	23.936	0,37
Sacatepéquez.....	60.124	7	8.589	1,29
Chimaltenango.....	121.480	2	60.740	0,37
Escuintla.....	123.759	20	6.188	3,70
Santa Rosa.....	109.836	2	54.918	0,37
Sololá.....	82.921	2	41.461	0,37
Totonicapán.....	99.354	2	49.677	0,37
Quezaltenango.....	184.213	22	8.373	4,06
Suchitepéquez.....	124.403	10	12.440	1,85
Retalhuleu.....	66.861	6	11.144	1,10
San Marcos.....	232.591	8	29.074	1,46
Huehuetenango.....	200.101	3	66.700	1,55
El Quiché.....	174.911	1	174.911	0,19
Baja Verapaz.....	66.313	1	66.313	0,19
Alta Verapaz.....	189.812	3	63.271	0,55
Petén.....	15.880	3	5.293	0,55
Izabal.....	55.032	8	6.872	1,48
Zacapa.....	69.536	5	13.907	0,92
Chiquimula.....	112.841	1	112.841	0,18
Jalapa.....	75.190	3	25.063	0,55
Jutiapa.....	138.925	4	34.731	0,74
TOTALES.....	2.790.868	479	5.826	88,00
Médicos en el Extranjero.....		63		11,00
TOTAL.....		542		100,00

Las observaciones que surgen al examinar el cuadro estadístico anterior son similares a las que se hicieron a propósito de las estadísticas de encamamiento. En efecto, la distribución de los médicos en el país nos indica lo siguiente:

1) Su concentración en la capital de la República, donde radican el 67 por 100. Esta concentración es paralela

a la centralización de la vida económica del país en la capital, y al hecho de que ésta es el centro orientador de la política sanitaria de Guatemala. Además, debe recordarse que la capital es el centro universitario y cultural más importante de la nación.

2) En contraste con lo dicho en el párrafo anterior, encontramos la escasez pavorosa de médicos en algunos Departamentos. Mientras en la capital hay 1.200 personas por médico, dos Departamentos sobrepasan las 100.000 personas por médico, y otros cinco sobrepasan las 50.000. De los 22 Departamentos con que cuenta la República, solamente seis tienen cifras inferiores a 10.000 personas por médico; estos son: Guatemala, Sacatepéquez, Escuintla, Quezaltenango, Petén (que tiene muy poca población) e Izabal. Logran cifras entre 10.000 y 20.000 personas por médico: Suchitepéquez, Retalhuleu y Zacapa. Los nueve Departamentos mencionados en los últimos párrafos se caracterizan por ser centros sobresalientes en importancia económica o cultural.

3) Entre los Departamentos que presentan escasez de médicos más pronunciada: Chimaltenango, Sololá, Totonicapán, San Marcos, Huehuetenango, El Quiché, Baja Verapaz, Alta Verapaz y Chiquimula son predominantemente indígenas y rurales; El Progreso, Santa Rosa, Jalapa y Jutiapa son predominantemente ladinos y rurales.

4) El Departamento de Guatemala, cuenta con el 15 por 100 de la población de la República y el 67 por 100 de sus médicos. El resto del país tiene el 85 por 100 de la población de la República, y tan sólo un 21 por 100 de sus médicos. 11 por 100 de los médicos estaban en el Extranjero en 1955.

¿Cuáles son las causas de esta distribución tan poco acorde con las necesidades de atención médica de la población? Esencialmente, dos: 1) los profesionales de la Medicina se radican en aquellos lugares que tienen una capacidad económica capaz de sostener la economía de vida de los mismos dentro de

un patrón decoroso y acorde con su profesión; 2) el analfabetismo y la ignorancia de gran parte de la población indígena y ladina, unido al aislamiento en que han vivido amplios sectores de tales poblaciones en los medios rurales, es una barrera cultural en cuanto a la utilización de la ciencia médica; la charlatanería y la Medicina mágica han ocupado el lugar del médico ausente, y al través de las generaciones se han convertido en hábitos que será difícil erradicar.

Algunos opinan que las Instituciones estatales centralizadas en la capital representan un obstáculo que impide que el médico salga a los Departamentos, puesto que tiene la oportunidad de quedarse en la capital gracias a un cargo público. Quienes así piensan, se olvidan de la Economía Nacional; la población de Guatemala, predominantemente rural e indígena, cuyos ingresos por cabeza apenas permiten la subsistencia familiar en la mayoría de las poblaciones rurales de la República, no es capaz de sostener a los médicos en condiciones económicamente decorosas. Si no hubiese grandes Organismos médico-estatales en la capital, la mayoría de los médicos que colaboran en los mismos no irían a las áreas rurales de los Departamentos por ser zonas económicamente incapaces de sostenerles. En este caso, agotadas las posibilidades de la libre oferta y demanda profesional, presenciáramos el fenómeno llamado «falsa plétora profesional» o «plétora profesional paradójica», propio de los países subdesarrollados, con todos sus inconvenientes y sin posibles soluciones por el desplazamiento de médicos a las áreas rurales.

Si es esta la realidad nacional, ¿cuál es entonces su posible solución? La respuesta a tal planteamiento no hay que rebuscarla; es el Estado, por medio de sus organismos médico-sociales, quien puede distribuir adecuadamente sus recursos de lucha contra la enfermedad. Solamente el Estado puede cambiar, y de hecho ya está cambiando las condiciones existentes.

En el caso particular de la Seguridad Social, algunos piensan que deberían iniciarse los programas de beneficios primero en las áreas rurales, puesto que en la capital hay suficientes recursos médicos. Este planteamiento teórico, desde luego, es incompatible con la práctica, puesto que el Instituto, por el carácter de su financiamiento entre trabajadores, patronos y Estado, tiene que iniciar sus programas en las zonas desarrolladas económicamente en el país. Sin embargo, el hecho de que los servicios del Instituto no tengan carácter lucrativo, y el espíritu doctrinario de la Seguridad Social orientado a la redistribución de la riqueza, tratando de ayudar a los más necesitados, le permite al Instituto y a las otras Instituciones del Estado extender sus programas a las zonas necesitadas del país. Momentáneamente, como ha sucedido en los programas de protección de accidentes y de maternidad, el Instituto inicia actividades en las zonas económicas más favorables; luego, trata de extenderse lo antes posible a las zonas pobres, que prácticamente van a tener servicios adecuados, en parte a expensas de las zonas agraciadas con el florecimiento económico.

De lo expuesto, concluimos que son los Organismos estatales y paraestatales los únicos capaces de llevar a cabo programas médicosociales de alcance nacional, ya se trate de programas médicohospitalarios, sanitarios o de Seguridad Social; estos programas, aunque se inicien en los centros económicamente más importantes, tienden a extenderse a las zonas más pobres del país, y, por lo tanto, son los únicos medios adecuados para lograr en el futuro una distribución de médicos armónica y acorde a las necesidades de la población.

En cuanto a las profesiones conexas con la Medicina, en 1955 había en el territorio nacional 130 odontólogos, 172 comadronas, 318 enfermeras y 208 farmacéuticos. Estas cifras, relacionadas a la población de la República en 1950, 2.790.868 habitantes, dan las siguientes proporciones de personas por profesional: 21.468, para cada odontólogo; 16.226, para

cada comadrona; 8.776, para cada enfermera, y 13.418, para cada farmacéutico. Estas cantidades indican una escasez más pronunciada en profesiones conexas a la Medicina que en la que a médicos concierne, ya que éstos se encuentran en una proporción de uno para cada 5.826 personas. Como en el caso de los médicos, los profesionales conexas a la Medicina también se concentran en la capital.

i) COORDINACIÓN.

Para lograr cuanto antes una labor sanitaria efectiva, la coordinación de esfuerzos entre los diversos Organismos públicos y privados que enfrentan los problemas de salud es indispensable. Al tener el Instituto un programa sanitario integral, no puede olvidarse de la coordinación con otros Organismos. Esta coordinación permitirá obtener con menores costos máximos rendimientos para todos los interesados en programas sanitarios.

Debe recordarse que las condiciones médicosociales del país son muy precarias, y, por lo tanto, debemos ayudarnos mutuamente las Instituciones estatales y las Instituciones privadas. La cooperación llevada hasta la integración de un plan sanitario de carácter nacional, tal como se propusiera en el Estudio Hospitalario de la República de Guatemala, elaborado por el doctor Henry W. Kolbe en el Instituto, sería, desde luego, lo ideal; no obstante, si tal sistema es prematuro en relación con las condiciones del medio y el desarrollo actual de las Instituciones médicosanitarias en Guatemala, por lo menos debe tenerse siempre en mente como meta, y mientras tanto tratar de que las Instituciones se conozcan y ayuden en sus posibilidades. El Consejo Nacional de Bienestar Social, que está iniciándose, puede contribuir grandemente a esta labor de acercamiento.

Con lo dicho, terminamos nuestras consideraciones médicosociales sobre Guatemala, pasando a continuación al estudio

del programa de enfermedad común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en proyecto.

PROYECTO DEL PROGRAMA DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

Con la valiosa y eficaz colaboración de la Oficina Internacional del Trabajo, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se encuentra en una importante etapa de su desarrollo, como es la de preparar su programa de protección a las enfermedades, con el firme propósito de que sea una realidad en el curso del año entrante.

Si la importancia de este programa en cualquier país del mundo es grande, en países como el nuestro es aún mayor, debido a las precarias condiciones higiénicosanitarias y los elevados índices de morbilidad, su frecuencia y gravedad. La enfermedad se considera, en general, como un fenómeno de carácter individual. La enfermedad, considerada desde un ángulo más vasto que desde el punto de vista del enfermo, no es en modo alguno un fenómeno puramente individual, pues produce repercusiones económicas y sociales sobre toda la colectividad: la pérdida del salario que sufre el enfermo perjudica a la familia, su capacidad de trabajo tiene un papel importante en lo económico; si las enfermedades son contagiosas, obligan a la sociedad a proteger a sus miembros, y no pueden hacerlo sin pasar sobre los derechos del individuo. El Seguro de Enfermedad tiene por objeto dar a los enfermos la posibilidad de recibir la asistencia médica apropiada a su estado, y a los trabajadores incapacitados para el trabajo por enfermedad, además, una prestación en dinero, destinada a compensar, al menos en parte, la pérdida de ganancia que implica su incapacidad.

El Seguro de Enfermedad, aparte de su beneficio intrínse-

co, está más cerca del afiliado que cualquier otro Seguro, y constituye el primero y más íntimo contacto con las Instituciones de Seguridad Social; esta protección llega a las entrañas del pueblo como ninguna otra, y, por ello, el pueblo la espera y la desea. La evolución del Derecho social ha instigado a las clases laborantes a solicitar que se proteja su salud, con el fin de garantizar el trabajo que realizan con miras a la producción, y esto en interés de cada individuo y de la comunidad. La salud debe ser considerada como un bien común.

Lugar preferencial en los regímenes de Seguridad Social ocupa este programa, pero su puesta en marcha es un paso que debe darse meditado y con cautela, para no caer en un desfinanciamiento. Con meditación, con cautela, con la experiencia que le ha dejado la protección a otros riesgos, sirviéndose de lo bueno como fuente de inspiración, y de los errores como enseñanza práctica y valiosa, y con la observación y análisis del funcionamiento de los sistemas establecidos en otros países, la Seguridad Social guatemalteca se encuentra en la fase creadora de su Seguro de Enfermedad.

Debido a razones fundamentales de orden económico-práctico, de personal, entre otras cosas, se ha proyectado iniciar la protección sólo en el Departamento de Guatemala, que es el más poblado, el que mayores facilidades médicas ofrece y donde se encuentra situada la capital de la República, pero desde donde ya se anuncia el firme propósito que anima a nuestra Seguridad Social de superar inconvenientes y barreras obstaculizadoras para llevar estos beneficios a otras zonas del país, y principalmente al campo. Sabemos que es tarea difícil, pero también comprendemos que, de no lograrse esto, el fin básico y primordial del programa no se alcanzaría.

De conformidad con la Ley Orgánica que rige las actividades del Instituto, el financiamiento del programa corre a cargo de tres sectores contribuyentes: patronos, Estado y trabajadores. En beneficio de los sectores interesados en el funcio-

namiento del régimen y de la economía nacional, es nuestro firme propósito obtener las mayores ventajas al menor costo posible, y procurar por que la contribución para el sostenimiento del programa sea lo más reducida posible, a pesar de lo caro que resulta esta protección en general, y en especial en países de muy limitados recursos, como el nuestro; para ello, se estudia un reajuste técnico de los beneficios que en la actualidad se conceden, persiguiendo una orientación más realista de los mismos y contribuir, con las economías logradas en ese reajuste, al sostenimiento de la protección a las enfermedades.

En la economía nacional, las cotizaciones de la Seguridad Social no constituyen sino cierta forma de repartición de una parte determinada de la renta nacional, como son los salarios. Si no existiesen sistemas de Seguridad Social, la política de los salarios debería tender a la concesión de ganancias y sueldos bastante elevados, para permitir a los asalariados proveer por sí mismos a su propia protección contra los riesgos de que están amenazados, y, desde luego, el método es menos eficaz que un sistema de Seguridad Social. Se dice que las cotizaciones pagadas a la Seguridad Social representan una carga para la economía nacional, pero quienes tal cosa afirman no se dan cuenta que las sumas destinadas a los asegurados contribuyen a mantener su poder de compra en caso de pérdida de ganancias por incapacidad, y vienen a ser, por consiguiente, un medio de consumo, y que las prestaciones implican una puesta en circulación de capitales que sin ello estarían bloqueados.

Los objetivos de los sistemas de Seguridad Social se basan en el principio, reconocido generalmente, de que la justicia social es el fundamento de todo Estado moderno, y que el sentimiento de su propia seguridad económica debe dominar la vida del individuo, especialmente la del trabajador.

El campo de aplicación general del programa comprende en principio a todos los trabajadores asalariados y sus depen-

dientes, considerando como tales su esposa legítima o a aquella compañera con la cual hubiera el afiliado legalizado unión de hecho, o, en su defecto, la mujer que conviva con el afiliado en condiciones de singularidad durante un período mínimo y continuado de un año, y que dependa económicamente de él, y sus hijos propios y los adoptivos, siempre que sean menores de catorce años.

Sin embargo, con un criterio eminentemente realista, la protección inicial no alcanzará sino a los trabajadores afiliados y a sus hijos hasta la edad de dos años, quedando la Junta Directiva del Instituto facultada para extender los beneficios a otros dependientes, conforme las posibilidades y recursos del régimen lo vayan permitiendo.

La identificación de los afiliados se prevé hacerla por medio de tarjetas o, en su defecto, por la Cédula de Vecindad y por un certificado de trabajo, extendido por el patrono en el momento en que el afiliado acuda al Instituto en demanda de servicios.

PRESTACIONES PROYECTADAS PARA EL SEGURO DE ENFERMEDAD

Prestaciones en dinero :

a) subsidio de enfermedad para proporcionar medios de subsistencia a los afiliados enfermos, cuya enfermedad les produzca incapacidad para el trabajo ;

b) el monto diario del subsidio será equivalente a los 2/3 de los salarios diarios promedios pagados a los afiliados en sus últimos tres meses precedentes al mes en que se inició su incapacidad ;

c) el subsidio de enfermedad será pagado mientras dura la incapacidad de trabajo del afiliado, siempre que no exceda en cada período de enfermedad de veintiséis semanas ; sin embargo, se puede prorrogar este período hasta treinta y nueve

semanas para ciertas enfermedades de larga evolución y convalecencia ;

d) el importe diario del subsidio de enfermedad no podrá ser inferior :

- 1) a los dos tercios de la tasa diaria de salario mínimo fijada en el Código de Trabajo para las respectivas categorías de trabajadores ;
- 2) en su defecto, al monto que se fije en el Departamento de Guatemala, o, al monto a ser fijado, en ocasión de la extensión del campo territorial del programa a otras zonas.

La Junta Directiva tendrá la facultad de someter periódicamente a revisión los montos mencionados en el punto 2), tomando en cuenta las alteraciones substanciales que puedan verificarse en los salarios de los afiliados o en el costo de la vida ;

e) para tener derecho al subsidio de enfermedad, se prevé un «Período de Calificación» de tres meses de contribución en los últimos seis meses de calendario, anteriores al mes en que se iniciare la incapacidad. Se establece un «Período de Carencia» de tres días, durante los cuales el afiliado no tiene derecho al subsidio ;

f) para tener derecho al subsidio de enfermedad, la incapacidad de trabajo deberá ser certificada por un médico del Instituto ;

g) mientras los afiliados reciban el subsidio de enfermedad, sus patronos no pueden ni cancelar sus contratos de trabajo ni reducir el nivel de sus salarios ;

h) en caso de hospitalización, el subsidio de enfermedad será reducido para los trabajadores que no tienen obligaciones familiares, e

i) en caso de muerte del afiliado, se concede a sus dependientes una suma global pagadera de una sola vez en concepto de cuota mortuoria, destinada a contribuir a los gastos de en-

• tierro. También se puede entregar esta cuota a la persona que compruebe haber realizado estos gastos.

Para la concesión de la cuota mortuoria no se exigirán los requisitos referentes al período de calificación.

Prestaciones en servicio :

a) asistencia médica, con el objeto de mantener, restablecer o mejorar el estado de salud de los afiliados y de sus dependientes, por medio del empleo de los recursos disponibles de la medicina para el diagnóstico y curación de sus enfermedades, y de restablecer la capacidad de trabajo de los afiliados;

b) inicialmente, tendrán derecho a la asistencia médica los afiliados y sus hijos, propios o adoptivos, menores de 18 años de edad ;

c) a los afiliados y a sus dependientes se les suministrará la necesaria asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, dental y demás servicios afines, dentro de los límites que establezcan los reglamentos médicos ;

d) para la prestación de los servicios de asistencia médica no se exigirán los períodos de carencia y de calificación ;

e) los servicios de asistencia médica serán prestados desde el principio sin cobro adicional a los afiliados y a sus dependientes. La Junta Directiva puede, en caso que así lo considere necesario, establecer tarifas módicas de participación en los costos, que serán cobradas a los afiliados por prestación de determinados servicios, de modo particular cuando se trate de ciertos tipos de medicamentos. En ningún caso se podrán cobrar estas tarifas a trabajadores de bajo salario o cesantes que no tienen derecho a prestaciones en servicio ;

f) la asistencia médica será prestada por el Instituto desde el principio, directamente por medio del otorgamiento, a los afiliados y dependientes de servicios médicos en sus propias instalaciones o en servicios contratados ;

g) tomando en cuenta que hay patronos que tienen establecidos determinados servicios médicos para sus trabajadores y dependientes, el Instituto podrá contratarlos si los considera equivalentes a sus propios servicios, y aun cuando continúen siendo operados bajo la responsabilidad de los respectivos patronos, el control de su funcionamiento lo llevará el Instituto ;

h) también se prestará la asistencia médica por medio de visitas domiciliarias cuando los afiliados o sus dependientes, encontrándose enfermos, no puedan concurrir a los servicios médicos del Instituto o a los contratados por éste, o cuando exista razón de impedimento físico o se corra el riesgo de agravar dicho estado de salud ;

i) la hospitalización de los afiliados o sus dependientes procederá :

- 1) cuando la naturaleza de la enfermedad exija tratamiento que no pueda proporcionarse en servicios de consulta externa y domiciliarios ;
- 2) cuando se trate de enfermedades contagiosas ;
- 3) cuando la conducta y el comportamiento del afiliado o sus dependientes justifiquen su control y observación constante ;
- 4) cuando existan condiciones acentuadas antihigiénicas en el domicilio de los enfermos que imposibiliten su tratamiento, o cuando éstos no puedan contar con los cuidados necesarios por parte de los miembros de su familia, y
- 5) cuando exista la necesidad de hospitalización en virtud de imposibilidad de proceder de otro modo para efectuar el indispensable diagnóstico ;

j) los afiliados y sus dependientes recibirán hospedaje y alimentación, en las condiciones que establezcan los reglamentos médicos, cuando, por orden de médico del Instituto, deban trasladarse para recibir tratamientos especializados a lu-

gares distintos y distantes de donde tienen su residencia o su trabajo ;

k) la asistencia farmacéutica comprenderá la prescripción y otorgamiento de los productos farmacéuticos contenidos en el Arsenal del Instituto determinado por la Gerencia, y en el cual deben estar incluidas todas las preparaciones y especialidades necesarias para el tratamiento eficaz de los enfermos. Tratando de obtener el máximo de eficacia con el mínimo de gasto, se procurará racionalizar los medios terapéuticos sobre bases económicas, sin que esa economía afecte a la eficiencia del servicio ;

l) a los afiliados y a sus dependientes enfermos se les prestarán los servicios de transporte para asistir a consultas y tratamientos, para su internamiento en hospitales o para el regreso a su domicilio en ambos casos, cuando el estado de salud del enfermo le impida trasladarse por sus propios medios físicos, cuando no pudiere servirse de medios comunes de transporte, o cuando la transferencia de un lugar a otro distinto y distante del de donde tiene su residencia o trabajo fuese ordenada por médico del Instituto ;

m) la asistencia dental a los afiliados o a sus dependientes comprenderá el examen de los dientes y de la boca, los adecuados consejos de higiene oral, las obturaciones, el tratamiento de las caries dentales, tartrectomías, la extracción de piezas dentales, así como las intervenciones quirúrgicas que corresponden a cirugía oral y servicios afines, con exclusión de concesión de prótesis dentales parciales y totales. El Instituto puede otorgar, cuando así lo estime conveniente, esta última prestación contra el pago por los interesados del costo propio de tales prótesis dentales ;

n) la asistencia médica a los hijos de los afiliados hasta los dos años, que es a los que se piensa cubrir inicialmente, comprenderá servicios especializados de pediatría, tratamiento de prematuros y de los que sufren anomalías y deformidades ;

des congénitas. En caso de defecto de lactancia natural, el suministro de leche ;

o) siendo que el Instituto concede primordial importancia a las labores de prevención dentro del Seguro de Enfermedad, estará facultado a participar en campañas preventivas contra determinadas endemias, en colaboración con las Entidades públicas o privadas competentes, utilizando en tal prevención de preferencia los medios de acción con que éstas cuenten ; efectuar vacunaciones e inoculaciones a los afiliados y sus dependientes, sobre todo en casos en que fuesen considerados indispensables como medio de protección contra epidemias ; a someter, si así lo considera necesario y sus recursos se lo permiten, a exámenes generales de salud a los afiliados y sus dependientes, y siempre que el aprovechamiento efectivo de sus resultados para los determinados fines de carácter preventivo y curativo fuese garantizado de la mejor manera posible, y, por último, a tomar medidas de previsión sanitaria en los lugares de trabajo y a promover la educación higiénica y sanitaria de los trabajadores y sus dependientes ;

p) el Servicio Social deberá prestar atención particular a la solución de determinados problemas personales que confrontan los afiliados o sus dependientes enfermos, ayudándoles en la utilización adecuada de los servicios del Instituto, impartiendoles normas elementales de carácter higiénico y los fundamentos necesarios para la conservación de su salud ;

q) las formalidades de control e identificación de los afiliados y sus dependientes no deberán ocasionar ningún atraso en la prestación de los servicios de asistencia médica ;

r) los trabajadores que cesaren en su empleo tendrán derecho a los beneficios en servicio y el correspondiente a la cuota mortuoria, en la forma y condiciones que establezcan los reglamentos, y

s) la Junta Directiva del Instituto elaborará una lista de las enfermedades profesionales que el régimen debe cubrir,

tomando en cuenta la existencia, frecuencia y gravedad de estas enfermedades de acuerdo con las condiciones de la economía industrial del país. Las enfermedades incluidas en la lista serán equiparadas a los accidentes de trabajo para la concesión de beneficios.

La lista elaborada por la Junta Directiva podrá someterse a revisiones periódicas para ajustarla al desarrollo de las actividades industriales, cuyas específicas condiciones tecnológicas engendren el riesgo de enfermedades profesionales.

RELACIONES DEL CUERPO MÉDICO CON EL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL.

Considerando que la labor médica, por razón de los avances de la ciencia, viene a ser un trabajo en equipo, donde la investigación y exploración clínicas de médico general deben ser complementadas por los medios auxiliares de diagnóstico, y a veces requerirse la colaboración de especialistas para dar completa asistencia, y para obtener ventajas de orden administrativo que reportan la unidad de los servicios, centralización técnica —sin menoscabo de la iniciativa científica— y el mejor control, los servicios de asistencia médica del Instituto serán atendidos por médicos sujetos a las obligaciones profesionales, horarios de trabajo, salarios, responsabilidades disciplinarias y otros derechos y obligaciones que establezcan los reglamentos médicos.

Si la Seguridad Social busca la protección de la salud del trabajador y le procura la asistencia médica adecuada cuando la necesite, el médico ocupa un lugar preferente cuando se trata de lograr tales objetivos, y no debe perderse de vista el hecho de que el resultado de toda acción sanitaria verdaderamente eficaz depende del mantenimiento de buenas relaciones entre las Instituciones de Seguridad Social y el Cuerpo Médico.

El aumento progresivo y constante de las exigencias eco-

nómicas, consecutivo a la ampliación de los Seguros sociales, ha creado una conducta en las relaciones con el Cuerpo Médico, puesto que ello constituye el medio indispensable para el mantenimiento de todo trabajo práctico de índole sanitaria. La evolución del Seguro Social hacia la Seguridad Social guarda estrecha relación con la evolución de la Medicina, que cada vez más procura una mejor protección de la salud en general, merced a los progresos alcanzados. El médico representa la Medicina y las exigencias de ésta en el curso de su progreso científico continuo; los sistemas de Seguridad Social representan las exigencias económicas de diversas categorías de trabajadores y de todos los ciudadanos. Analizando los elementos que constituyen los intereses de la Medicina y de quienes la practican, y los intereses de una economía más amplia constituida por los recursos de las Instituciones de Seguridad Social, financiados por los ciudadanos, surge forzosamente una relación paritaria.

Las Instituciones no deben tratar de situarse en un plano superior al del Cuerpo Médico, y el Cuerpo Médico debe tener en cuenta las cargas económicas y las necesidades superiores. Ningún colaborador es más útil a la Seguridad Social que el médico, y ninguno ejerce sobre aquélla una influencia más apreciable; de allí que la simpatía más o menos señalada que manifiestan los médicos con respecto a las Instituciones de Seguridad Social, y su voluntad más o menos grande de colaborar con ella, desempeña un papel de primer orden.

Depende el éxito de la Seguridad Social, en gran parte, de las buenas relaciones que mantenga con el Cuerpo Médico; es tarea de primer orden convencer a los médicos de que la Seguridad Social no es causa de disminución en sus ingresos, sino que, por el contrario, puede garantizárselos a un nivel razonable; de que la Seguridad Social, por la acumulación de prestaciones, es capaz de procurar a sus afiliados la asistencia médica correspondiente a la etapa actual de la evolución mé-

dica, cuando los progresos de la Medicina han tenido como consecuencia un encarecimiento considerable de sus servicios, en forma tal, que los trabajadores que viven solamente de su salario no están ya en condiciones de pagar de su bolsillo los onerosos tratamientos modernos de que pueden tener necesidad; de que si bien la Seguridad Social, en su lucha por organizar y extender la Medicina, hace que el médico se aleje de la posibilidad de determinar el lugar y la forma de ejercer su profesión, y le obliga a seguir la pauta terapéutica considerada después de detenidos estudios como la mejor por su economía y eficacia dentro de la Medicina social, también el médico debe reconocer que su actividad depende de una función colectiva que tiene una misión a cumplir respecto de la sociedad, y que su colaboración para con la Seguridad Social no sólo se lo exige su noble profesión, sino que su propio interés, el de su patria y el de su pueblo.

Esto no quita que el médico tenga derecho a un nivel de vida de acuerdo con las exigencias de su profesión, y estar liberado de toda preocupación de carácter material para dedicarse integralmente al servicio de la Medicina. La actividad médica debe ser recompensada justamente.

Los anteriores párrafos, basados en ideas de aceptación general, demuestran claramente la importancia que tiene para el correcto funcionamiento de la Seguridad Social, y principalmente de su Seguro de Enfermedad, que exista completa armonía y comprensión mutua entre el Cuerpo Médico y la Seguridad Social. En Guatemala, hasta el momento, ha existido esa armonía, y estamos confiados en que el Cuerpo Médico, compenetrado de la importancia que el Seguro de Enfermedad tiene para nuestro país, y de que sus efectos lleguen a todas las capas de la población y les garantice una protección suficiente, prestará toda su colaboración y entusiasmo para la introducción y sostenimiento del mismo, y para lograr en futuras relaciones el arreglo más técnico y conveniente a los in-

tereses de la Seguridad Social y sus afiliados, y a los de su profesión.

**PROTECCIÓN A LOS TRABAJADORES DE PATRONOS NO SUJETOS
AL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL.**

En tanto que el Instituto extiende su protección de enfermedades comunes a otras zonas del país, los patronos no sujetos al Régimen de Seguridad Social están obligados, de acuerdo con la Constitución de la República y la Ley Orgánica del Instituto, a conceder a sus trabajadores enfermos los siguientes beneficios mínimos:

- 1) el tratamiento médico y la asistencia hospitalaria que sean necesarios, siempre que tales prestaciones no excedan de un período de seis meses;
- 2) si la enfermedad produce incapacidad de trabajo: un subsidio diario en dinero igual al 50 por 100 del salario diario promedio que devengó la víctima durante el último mes de trabajo, mientras subsista la incapacidad y siempre que el pago del subsidio no exceda de un período máximo de tres meses.

**PLAN MÉDICO-HOSPITALARIO DEL INSTITUTO GUATEMALTECO
DE SEGURIDAD SOCIAL PARA EL DEPARTAMENTO DE GUATEMALA.**

- a) se calcula que el número de población a proteger inicialmente con el Seguro de Enfermedad (afiliados y niños hasta la edad de dos años) es aproximadamente de 65.000, de los cuales 55.000 residen en la capital de la República, y 10.000, en el resto del Departamento de Guatemala;
- b) la población a proteger en el Departamento con los tres programas: Accidentes en general y Enfermedad-Maternidad, es aproximadamente de 85.000 (trabajadores, esposas o compañeras y niños hasta la edad de dos años);
- c) para cubrir a estos 85.000 afiliados, el Instituto con-

tará inicialmente con un Centro Hospitalario de Traumatología y uno de Enfermedad-Maternidad, en la capital, y con servicios en el Hospital del Municipio de Amatitlán y en la Unidad Asistencial, situada en el Municipio de San Juan Sacatepéquez. El total de camas en estos Centros Hospitalarios será de 620;

d) estudios realizados en Guatemala sobre composición de población, niveles económicos, morbilidad, disponibilidad de personal, condiciones geográficas y facilidad de transporte, han recomendado para un hospital general: un mínimo de cuatro camas por cada mil habitantes. El Instituto contará inicialmente con más de siete camas por cada mil afiliados y beneficiarios;

e) los Servicios de Consulta Externa llenarán los objetivos siguientes:

- 1) tratamiento de las enfermedades de corta duración;
- 2) descubrimiento de las enfermedades en su primera etapa;
- 3) evitar toda hospitalización innecesaria;
- 4) facilitar el tratamiento de los casos dados de alta en los hospitales que aun necesitan determinados controles y atenciones;
- 5) tratamiento de los casos de enfermedades clínicas que no requieren hospitalización;
- 6) control de pacientes para valorizar tratamientos, y
- 7) actividades de salud pública;

f) para los servicios de consulta externa se construirá una «policlínica» que reúna todas las condiciones y requisitos indispensables que la técnica moderna aconseja. Para lograr el objetivo de una consulta externa de tipo integral, la policlínica contará con:

- 1) clínicas destinadas a la atención de casos de accidentes y de enfermedades;

- 2) clínicas para niños ;
- 3) clínica de oftalmología ;
- 4) clínica de obstetricia y ginecología ;
- 5) clínica de otorrinolaringología ;
- 6) clínica de traumatología ;
- 7) clínica de higiene mental ;
- 8) servicio dental ;
- 9) servicio de rayos X ;
- 0) servicio de laboratorio ;
- 1) servicio de inductotermia ;
- 2) servicio hipodérmico ;
- 3) Banco de Sangre ;
- 4) clínica para casos de tuberculosis, que pueden ser atendidos en forma ambulatoria ;
- 5) servicio de emergencia, y
- 6) servicio social y demás dependencias necesarias para la correcta administración y funcionamiento de la policlínica ;

g) siguiendo la tendencia moderna en el campo hospitalario de evitar la construcción de hospitales especiales y procurar la construcción de hospitales generales, sin incluir en ellos servicios para casos de tuberculosis y enfermedades nerviosas y mentales, el Instituto proyecta un plan lo más ajustado a la técnica que sea posible, y al mismo tiempo práctico y económico. El hospital de enfermedad-maternidad que se acondicionará próximamente contará con :

- 1) salas de Medicina de hombres y mujeres ;
- 2) salas de cirugía de hombres y mujeres ;
- 3) servicio de niños ;
- 4) servicio de maternidad ;
- 5) sala para aislamiento de infecto-contagiosos, mujeres ;
- 6) sala para aislamiento de infecto-contagiosos, hombres ;

- 7) salas de operaciones para cirugía general;
- 8) cuartos de trabajo y salas de parto;
- 9) servicio de prematuros;
- 10) salas cunas para niños recién nacidos;
- 11) servicio de rayos X;
- 12) servicio de radioterapia;
- 13) servicio de laboratorio;
- 14) servicio dental;
- 15) departamento de cardiología;
- 16) departamento de dietética;
- 17) servicio de electroencefalografía;
- 18) servicio de consulta externa prenatal;
- 19) servicio de emergencia;
- 20) servicio social;
- 21) servicio de esterilización, y
- 22) farmacia y demás dependencias y servicios necesarios para su correcta administración y funcionamiento;

h) para la atención de los casos contagiosos de tuberculosis y los casos de enfermedades nerviosas y mentales que ameriten hospitalización especial, el Instituto procurará concertar con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social arreglos especiales que le permitan utilizar convenientemente los servicios de hospitales especializados del Estado;

i) para la atención de los afiliados dentro del Programa de Enfermedad Común, se ha pensado utilizar también determinados servicios médicos que algunas Empresas industriales tienen establecidos. Se hará uso únicamente de aquellos que reúnan las condiciones necesarias para dar una atención de la misma calidad que la concedida por el Instituto en sus propios servicios, y siempre que se pueda contar con la buena voluntad y efectiva colaboración de los sectores patronales. El Instituto, en sus contratos con esas Empresas, determinará la for-

ma de dar servicios y medidas de control y administración de los mismos ;

j) también se ha planeado para la asistencia médica dentro del Seguro de Enfermedad las consultas a domicilio. Ese servicio, debidamente organizado, cumplirá una misión de capital importancia en beneficio tanto de los afiliados como del Instituto ;

k) no escapa a la atención del Instituto el hecho de que ningún plan médico-hospitalario sería suficiente si no se le administra en forma técnica y correcta. Las autoridades del Instituto se proponen mantener vigilancia permanente en sus propias instalaciones y en las contratadas, a efecto de mantener los servicios en un nivel alto de eficacia y calidad, y de que no se aumenten innecesariamente las estancias hospitalarias y los tiempos de tratamientos en consulta externa, ya que sólo de esa manera podrán mantenerse los costos a un nivel compatible con sus recursos y el espacio indispensable en sus servicios para la pronta atención de sus afiliados y beneficiarios, y

l) lo anterior forma parte de un plan inmediato y necesario para que el Seguro de Enfermedad proyectado sea una realidad a corto plazo, pero la meta final que el Instituto persigue es la construcción de un Hospital General que llene funciones de asistencia, educación e investigación, y que dé servicios de :

- 1) Medicina interna ;
- 2) cirugía general ;
- 3) obstetricia ;
- 4) pediatría ;
- 5) especialidades médicas ;
- 6) especialidades quirúrgicas ;
- 7) psiquiatría ;
- 8) cancerología ;
- 9) enfermedades infecto-contagiosas ;

- 10) roentgenología ;
- 11) laboratorio ;
- 12) fisioterapia, electro-terapia y mecano-terapia ;
- 13) dentistería, y
- 14) dietética.

CONSIDERACION FINAL

El «Régimen Nacional, unitario y obligatorio de Seguridad Social» fué establecido en Guatemala mediante la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, emitida por el Congreso de la República el 28 de octubre de 1946

El 1 de enero de 1948 se inició el Régimen efectivo mediante la cobertura del riesgo de Accidentes de Trabajo.

El 1 de agosto de 1949 se incluyó el riesgo de Accidente Común.

Una nueva etapa se inició el 1 de mayo de 1953, con la implantación del Programa de Protección Materno-Infantil en el Departamento de Guatemala.

Antes de continuar el plan de evolución gradual del Régimen de Seguridad Social, el Instituto consideró conveniente realizar un examen general del sistema y de la política y prácticas seguidos a la luz de las experiencias y enseñanzas del pasado, examen que, como base y parte fundamental, debía comprender la revisión actuarial de la situación financiera de la Institución. Esta revisión actuarial indicaría la existencia o no del debido equilibrio entre recursos y obligaciones, y la posibilidad de extensión del Régimen a nuevos sectores de población, nuevas zonas o nuevos riesgos.

Después del examen general y de la revisión actuarial practicados, el Instituto se encuentra dispuesto a corregir los defectos encontrados en el sistema y a poner en vigor su Seguro de Enfermedad.

El Programa de Enfermedad Común expuesto es el que el Régimen de Seguridad Social establecido en Guatemala tiene

en proyecto; Reglamentos general y médico determinarán la forma y condiciones de aplicarlo.

Se confía en que el Seguro de Enfermedad se haga efectivo en el curso del año 1957, llenando así un vacío considerable en la protección social de grandes sectores de población. Si esto se cumple, el Instituto habrá adelantado un paso más y muy importante en su campaña contra la inseguridad social. Con sus programas de Enfermedad, de Accidentes en general y de protección Materno-Infantil dará la necesaria protección a trabajadores y sus beneficiarios contra el acaecimiento de riesgos de grandes repercusiones económicas y sociales para ellos y para la colectividad en general.

La cuestión esencial de la Seguridad Social se va cumpliendo, y, con paso firme y la vista puesta en el futuro de la Patria y en el bienestar de su pueblo, el objetivo final no tardará en alcanzarse.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Guatemala, octubre de 1956.

**II.- CRONICAS
E INFORMACIONES**

INTERNACIONAL

COMUNICA DE LA REUNION DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD SOCIAL DE CENTROAMERICA, MEXICO Y EL CARIBE

INICIATIVA DE GUATEMALA

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social tuvo la iniciativa de conmemorar el X Aniversario de la promulgación de su Ley creadora del Seguro Social y del Instituto, promoviendo una Reunión de Organismos de Seguridad Social de Centroamérica, México y el Caribe, obteniendo de esta forma un beneficioso intercambio de conocimientos, experiencias y colaboración en materia de Seguridad Social.

REUNION

La iniciativa fué favorablemente acogida por los países y organismos invitados, los cuales, respondiendo a la invitación recibida, acudieron a la ciudad de Guatemala, y durante los días comprendidos entre el 29 de octubre y el 1.º de noviembre desarrollaron los trabajos de la Reunión dentro de un ambiente de cordialidad y eficacia digna del interés con que se había convocado.

DELEGACIONES

Los países y organismos estuvieron representados por las siguientes Delegaciones:

- COSTA RICA:** Señor Cipriano Güell Partegás, Gerente de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- CUBA:** Doctor Francisco Fernández Plá, Director Técnico del Grupo Cubano de Seguridad Social.
- EL SALVADOR:** Doctor Rogelio Alfredo Chávez, Subdirector General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

- Señor Alfonso Vela Chiriboga, Coordinador de Servicios del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
 Doctor Ramón Quintanilla H., miembro del Consejo Directivo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- HAÍTÍ:** Señor André Sam, Director del Instituto Haitiano de Seguros Sociales.
- HONDURAS:** Excelentísimo Señor Doctor Virgilio R. Gálvez, Embajador de la República de Honduras en Guatemala.
- MÉXICO:** Señor Antonio Arce Gómez, Contralor General del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 Señor Alfonso Velarde, Jefe del Departamento Actuarial del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 Doctor Carlos Samarripa, Asesor especializado en asuntos hospitalarios del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- NICARAGUA:** Señor Felipe Rodríguez Serrano, Director del Instituto Nacional de Seguridad Social.
- PANAMÁ:** Doctor Manuel Ferrer, Subdirector Médico de la Caja de Seguro Social.
- PUERTO RICO:** Señor Ellsworth M. Ehni, Gerente de la Oficina de Seguro Social, Social Security Administration, Distrito de Puerto Rico.
- REPÚBLICA DOMINICANA:** Doctor Armando Cordero, Jefe de Publicidad y Relaciones Internacionales de la Caja Dominicana de Seguros Sociales.
- VENEZUELA:** Doctor Luis Mijares Ulloa, Jefe de la División Legal del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.
- GUATEMALA:** Ingeniero Ricardo Barrios Peña, Gerente del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Presidente de la Delegación.
 Señor Herminio Palomo Paiz, Presidente de la Junta Directiva del IGSS.
 Doctor Héctor Goicolea Villacorta, primer Vicepresidente de la Junta Directiva del IGSS.
 Licenciado Romeo Augusto de León, segundo vicepresidente de la Junta Directiva del IGSS.

Doctor Ramiro Gálvez A., Vocal de la Junta Directiva del IGSS.

Señor Carlos Avila Perret, Vocal de la Junta Directiva del IGSS.

Señor Eugenio Campo Asturias, Vocal de la Junta Directiva del IGSS.

Señor Rubén Flores Avendaño, miembro suplente de la Junta Directiva del IGSS.

Señor Enrique Matheu, miembro suplente de la Junta Directiva del IGSS.

Licenciado Carlos Enrique Peralta, miembro suplente de la Junta Directiva del IGSS.

Señor René Castillo Catalán, miembro suplente de la Junta Directiva del IGSS.

Doctor Carlos Federico Mora, Presidente del Consejo Técnico del IGSS.

Licenciado Jorge E. Barascout, Jefe del Departamento Actuarial y Estadístico del IGSS, Secretario de la Delegación.

Doctor Ricardo Asturias Valenzuela, Asesor Técnico de la Gerencia del IGSS Relator del Tema II.

Señor Eduardo Mayora Delegado, Subgerente de Administración Financiera del IGSS.

Doctor Ricardo Sotomora, Subgerente de Administración de Prestaciones del IGSS.

Licenciado Mario Aguirre Godoy, Jefe del Departamento Legal del IGSS, Relator del Tema I.

Ingeniero Oscar Muratori H., Consultor del IGSS.

ASESORES INTERNACIONALES

Los organismos internacionales estuvieron representados por los siguientes miembros, los cuales tuvieron la consideración de Asesores de la Reunión.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO.

Señor Peter Thullen, representante del Director General de la O. I. T.

ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Señor Ernesto Zapata, Gerente General de la Caja de Seguro Social de Perú, representante del Sr. Presidente de la A. I. S. S.

COMITÉ PERMANENTE INTERNACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL.

Señor I. J. Bowen, Secretario General y representante del Presidente del C. I. S. S.

ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL.

Señor Manuel Pérez Godoy, Presidente.

Señor Carlos Martí Bufill, Secretario General.

CONSEJO INTERAMERICANO DE SEGURIDAD.

Ingeniero W. T. Rogers, Director General.

NACIONES UNIDAS.

Señor Adriano García, Subdelegado Regional de la Junta de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas.

INVITADOS ESPECIALES.

Asimismo, en calidad de invitados especiales, acudieron a la Reunión:

Doctor Chassar Moir, Profesor de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Oxford, Inglaterra.

Doctor Juan Farill, fundador y Presidente vitalicio de la Sociedad Latino-Americana de Ortopedia y Traumatología, México.

Doctor Howard J. Tatum, Profesor Asociado de Ginecología y Obstetricia de la Escuela de Medicina de la Universidad del Estado de Luisiana, Estados Unidos.

SESION PREPARATORIA

Una reunión preparatoria, celebrada momentos antes de la sesión inaugural, sirvió para elegir la Mesa Directiva de la Reunión, la cual quedó constituida en la siguiente forma:

Presidente.—Ingeniero Ricardo Barrios Peña, de Guatemala, gerente del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Vicepresidentes.—Señor Cipriano Güell Partegás, de Costa Rica, Gerente de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Señor André Sam, de Haití, Director del Instituto Haitiano de Seguros Sociales.

Señor Felipe Rodríguez Serrano, de Nicaragua, Director del Instituto Nacional de Seguridad Social.

Vocales.—Señor Rogelio Alfredo Chávez, de El Salvador, Subdirector del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social.

Señor Antonio Arce Gómez, de México, Contralor General del Instituto Mexicano de Seguridad Social.

Secretario.—Licenciado Jorge E. Barascout, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

SESION INAUGURAL

La sesión inaugural fué presidida por el Excmo. Sr. Presidente Constitucional de la República, Coronel Carlos Castillo Armas, el cual pronunció con este motivo un discurso, en el que puso de relieve el interés de su Gobierno para desarrollar una amplia política social que dignifique al trabajador guatemalteco, afirmando que “no hay paz duradera sin justicia social, y no hay justicia social sin Seguridad Social”.

Intervinieron asimismo en esta sesión el Gerente del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ingeniero Barrios Peña, para dar la bienvenida a los delegados en nombre de la institución; el Dr. Fernández Plá, de Cuba, en nombre de los delegados, para agradecer la iniciativa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y el Sr. Thullen, en representación del Director de la Oficina Internacional del Trabajo, para hacer presente el interés de dicha Organización por la Reunión de Guatemala.

SESIONES PLENARIAS

En la tarde del 29 y durante las mañanas y tardes del 30 y 31 tuvieron lugar las sesiones plenarias de trabajo, en las cuales los delegados hicieron amplias exposiciones de sus experiencias respectivas, y se discutieron los extremos más importantes para poder fijar los criterios generales en relación con la aplicación de los Seguros Sociales en los países del área geográfica de la Reunión, y especialmente en relación con el Seguro de Enfermedad, elaborando por fin unas conclusiones de carácter general, a través de las cuales se ha querido dejar constancia de los criterios comunes en orden a los temas tratados.

EL TEMARIO

El temario de la Reunión ha estado constituido por dos puntos concretos: *Importancia social económica de la Seguridad Social y el Seguro de Enfermedad*.

Punto I del Temario: IMPORTANCIA SOCIAL ECONOMICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Sobre el primer punto, las Delegaciones han aportado ocho trabajos.

Uno, de la Caja Costarricense del Seguro Social, en el que se establece, como primera condición, que el Seguro Social y la Asistencia Social se proyecten sobre principios modernos, que no debe haber preeminencia de las instituciones económicas sobre las instituciones sociales, que en el orden concreto de la Seguridad Social tiene una doble finalidad: por una parte, tratar al hombre como ser biológico y como ser social, de forma que una prestación no sea exclusivamente la atención material de una necesidad, sino que tal atención debe ir acompañada de una colaboración más amplia en el orden social (ejemplo: no se concibe un hospital moderno sin Servicio Social para los atendidos), que aborde todos los aspectos que inciden en la situación de dicho beneficiario (no sólo curación, sino la rehabilitación física, profesional y social que haga falta); de otra parte, la Seguridad Social es un gran instrumento de redistribución de la renta nacional, elevando la capacidad de los salarios reales y facilitando una elevación del nivel de vida por el aprovechamiento de un buen régimen de inversiones. Algunos datos sobre la realidad de Costa Rica valorizan estas consideraciones.

De Cuba se aportaron dos trabajos. Uno, del Dr. Carlos M. Raggi, en el que se glosa el Plan de Seguridad Social que se proyectó en dicho país en 1944, y expone después la evolución de las instituciones sociales, tales como la implantación del Seguro de Salud y Maternidad Obrera en 1955; la extensión de los Seguros Sociales de Vejez, Invalidez y Muerte a los sectores profesionales desde 1933; la aplicación de las inversiones de las Cajas Jubilatorias, el desarrollo de la Asistencia Social a través de centros sanitarios de curación y de prevención, asilos para ancianos, niños e impedidos y los centros de recuperación de inválidos; la obra de la vivienda por la agilización del crédito, la formación profesional, los comedores populares, e incluso la educación física por el deporte. Otro trabajo de Cuba se debe al Dr. Francisco Fernández Plá, Director Técnico del Grupo Cubano de Seguridad Social, que expone el panorama de la Seguridad Social en Cuba, en el que puede comprobarse cómo la Seguridad Social cubre en Cuba el 12 por 100 de la población (medio millón entre seis millones de habitantes); cómo los riesgos de accidentes y enfermedades profesionales están cubiertos por entidades aseguradoras privadas, el riesgo de maternidad, por el Seguro nacional administrado por la Junta Central de Salud y Maternidad.

idad, y los riesgos de Vejez, Invalidez y Muerte están protegidos por Seguros profesionales administrados por Cajas de jubilación, cuya multiplicidad ofrece dificultades prácticas. Explica cómo un complemento de la Seguridad Social cubana lo constituye la Obra de Rehabilitación de Inválidos de cuya efectividad es ejemplo modelo el reciente Hospital Nacional de Rehabilitación de Inválidos. Unos datos concretos completan el trabajo, para demostrar que en el año económico 1952-53 las Cajas de Jubilación recaudaron 84 millones de dólares y abonaron 62 millones de dólares, y que el total de recaudación que cubrió los riesgos de vejez, invalidez, muerte, maternidad y accidentes del trabajo alcanzó 120 millones de dólares, lo que representa el 7,8 por 100 de la renta nacional.

El Salvador aportó un trabajo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en el que explica la estructura demográfica y económica de su país y la evolución del Seguro Social, promulgado en 1949, reformado en 1953 e iniciados los servicios en 1954. Analiza las características del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, sus recursos, su régimen de inspección, trabajadores comprendidos, prestaciones médicas, prestaciones pecuniarias, haciendo especial mención de sus experiencias en relación con el Seguro de Enfermedad.

Guatemala aportó un amplio informe del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social sobre "Desarrollo y Proyecciones del Régimen Guatemalteco de Seguridad Social", en el que, con minuciosidad legal y estadística, se explican las normas constitucionales que rigen el Seguro Social guatemalteco; la Ley orgánica creando el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en 1946, con una proyección completa de protección de riesgos (accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, maternidad, enfermedades generales, invalidez, orfandad, viudedad, vejez, muerte y otros riesgos posibles); la iniciación del programa de protección de accidentes del trabajo en 1.º de enero de 1948; la ampliación a la protección por accidente común en 1949 y el programa de protección materno-infantil iniciado en mayo de 1953. Asimismo se informa de la sucesiva ampliación del campo de aplicación, que, dentro de los Seguros implantados, alcanza el 17,8 por 100 de la población total, y con una protección que se extiende a 10 Departamentos del país, que suponen el 26,2 por 100 de la extensión total del territorio nacional. Los recursos sobre la base de cotización patrono-estatal en accidentes del trabajo (2 por 100 patrono, 1 por 100 Estado), cotización tripartita por accidentes en general (3 por 100 patrono, 1 por 100 trabajadores, 1,5 por 100 Estado), y cotización igualmente tripartita

para la protección materno-infantil (2 por 100 patrono, 2 por 100 trabajador, 1 por 100 Estado), son detallados y explicados en función de la economía nacional. Las prestaciones son ampliamente examinadas, discriminando las prestaciones en servicios por los gastos de atención sanitaria, tratamientos por rehabilitación y atenciones materno-infantil. Un capítulo especial está dedicado a los gastos administrativos, que han sido el 15,15 por 100 de sus ingresos totales en el último ejercicio, o sea menos del 17 por 100 que el Instituto tiene autorizado. Cierra este importante trabajo una parte destinada a explicar otras proyecciones del Instituto en relación con la vida nacional (formación del personal, becas al exterior y en el interior, escuela de trabajadores sociales graduados, cursos de especialización de enfermeras y médicos, cursillos de capacitación sobre higiene y seguridad, prevención de accidentes, cuerpo de salvamento y rescate en playas y balnearios, colaboración con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la elaboración del estudio hospitalario nacional de la República, estudio del régimen de Clases Pasivas de la Nación, colaboración en la realización del Plan Piloto Socio-Educativo Rural, etc.

Haití aportó al tema un informe del Instituto Haitiano de Seguros Sociales, en el que se expone la realidad social de las clases trabajadoras haitianas antes de la creación del Instituto, trascendencia que tuvo la creación de esta institución, la atención que se dispensa en casos de incapacidad temporal y permanente, la experiencia en el funcionamiento de los Centros Médicos, completados por eficientes Servicios Sociales, y las pensiones otorgadas en casos de muerte, concluyendo con la consideración de que en su país el Seguro Social ha sido un instrumento eficaz para la elevación socio-económica de las clases trabajadoras.

México aportó un resumen de las actividades del Instituto Mexicano del Seguro Social desde el momento en que inició su labor en 1940 partiendo de su aplicación inicial a la ciudad de México hasta el momento actual, en que se aplica ya a otros 12 Estados de los 29 que constituyen la República, habiéndose también extendido el Seguro Social campesino a los Estados de Sinalva, Sonora, Chiapas y Nueva León. En dicha aportación se hace una síntesis del cuadro actual de prestaciones.

Puerto Rico, en este mismo punto del Temario, aporta un importante trabajo de la Delegación del Social Security Administration, el que hace una exposición de la realidad socio-económica de la Isla y explica el campo de aplicación y características, que en virtud de

extensión del Título II de la Ley de Seguridad Social de los Estados Unidos a Puerto Rico tiene la protección de la Vejez y Supervivencia, la cual ha alcanzado ya a 33.500 beneficiarios, con 11,5 millones de dólares abonados en el ejercicio 1955-56. De todas formas, el documento aportado se refiere exclusivamente al régimen estadounidense de Seguridad Social, que cubre Vejez, Incapacitación, Supervivencia, y también se ha iniciado ahora el Seguro de Paro. Quedan, pues, al margen los sistemas nacionales del Estado libre asociado de Puerto Rico, que bajo la supervisión de la Secretaría de Trabajo están también desarrollando intensos y eficaces programas de Seguridad Social.

Punto II del Temario: SEGURO DE ENFERMEDAD.

Sobre el punto II del Temario se han aportado por los delegados otros siete trabajos.

Costa Rica ha aportado un trabajo de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el que se expone el desarrollo de dicha Institución, creada en 1941; el campo de aplicación, que abarca a todos los trabajadores intelectuales y manuales con remuneración no superior a 4.800 colones anuales, la organización directiva y el régimen de ingresos sobre la base de cotización tripartita, en el cual en Enfermedad y Maternidad es de 3 por 100 los patronos, 3 por 100 los trabajadores y 1 por 100 el Estado, todo sobre la base de 400 colones mensuales, cotización que se eleva al 4 por 100, 5 por 100 y 2 por 100, respectivamente, cuando comprende la protección familiar. Hay una minuciosa explicación de las prestaciones sanitarias y económicas por Enfermedad y Maternidad. Muy importante es el resultado financiero que se expone, por el que se ve que a través del Seguro de Enfermedad-Maternidad se redistribuyen alrededor de 20 millones de colones, y se garantiza la cobertura de los gastos por adecuados sistemas de reparto simple, completado con reservas especiales y la colaboración permanente del Estado. Un último apartado expone las proyecciones actuales en orden a modificaciones orgánicas, ampliación de servicios, mejoras de prestaciones, creación de centros hospitalarios, nuevas extensiones, campañas educativas, etc., que ponen de relieve el constante y dinámico proceso de ampliación y perfeccionamiento técnico-práctico del Seguro Social costarricense.

El Salvador aporta un trabajo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en el que principalmente se pone de manifiesto la experiencia salvadoreña en la aplicación del grupo de Seguros Sanitarios: enfermedad, accidente común, accidente de trabajo, enfermedad profesional

y maternidad. Con respecto al Seguro de Enfermedad, expone las dificultades iniciales por falta de médicos y de un riguroso control en orden a la identificación de los asegurados, registrándose la apertura de 32.500 expedientes clínicos para una población inscrita de 50.000 afiliados, y habiendo atendido 80.900 consultas en el año 1955, para una población promedia de 30.000 afiliados con derecho a prestaciones.

Guatemala ha aportado un importante y documentado trabajo sobre el Seguro de Enfermedad. En el mismo se exponen unas consideraciones de carácter general sobre los objetivos primordiales que se señalaron al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, basados en las necesidades de la comunidad guatemalteca, objetivos que no pudiendo ser cubiertos en su totalidad tuvieron que iniciarse gradualmente. Así, el Instituto absorbió inmediatamente los riesgos de accidentes del trabajo, dió vida a los Centros Sanitarios traumatológicos adecuados, extendió la protección a los accidentes comunes, y a los cinco años de atender exclusivamente la protección de accidentes estableció la protección materno-infantil, y últimamente se ha estudiado la puesta en marcha del Seguro de Enfermedad. Enriquecen el trabajo unas consideraciones médico-sociales sobre Guatemala, en las que se presenta la composición demográfica con valiosos datos sobre proporción de ladinos e indígenas a la par, una población rural del 70 por 100 de la población total, más del 50 por 100 con edad menor de diecinueve años, y con expectativa de vida, al nacer, de cuarenta y nueve años; grupos étnico-económicos muy diversos, alto índice de natalidad, fuerte mortalidad y morbilidad, con predominio de paludismo y enfermedades parasitarias intestinales. Frente al cuadro social se hace un análisis de los recursos hospitalarios de Guatemala, con un total de 8.738 camas para una población de 2.790.868 habitantes (Censo de 1950), pero con reparto desigual de instalaciones con respecto a la distribución geográfica de la población, constituido por 38 unidades sanitarias y 78 Centros de Salud. Con respecto al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social aparecen con 666 camas, distribuidas en 16 Centros Hospitalarios, de los cuales los más importantes son el Centro Traumatológico, de 256 camas, y el de Rehabilitación, con 207, ambos encuadrados en el Departamento de la capital. La última parte del trabajo expone el proyecto del programa de enfermedad común que se dispone a desarrollar el Instituto, el cual tiene la estructura clásica de prestaciones en dinero y en servicios, unas notas sobre la conexión con el Cuerpo médico y el Plan Médico-hospitalario adecuado.

Nicaragua aporta unas notas sobre las características del sistema de

Seguridad Social, donde quedan estructurados tres elementos de protección: la asistencia social, la asistencia médica general y el Seguro Social para los trabajadores, haciendo una particular descripción de los riesgos que se dispone proteger este último y de los trabajos preparatorios para la aplicación inmediata, aunque en plan gradual y progresivo, comenzando por la ciudad de Managua.

Panamá ha hecho un breve, pero substancioso, aporte, en el que se examinan las características del Seguro de Enfermedad panameño y las experiencias más importantes en orden a la colaboración médica a la obra del Seguro de Enfermedad, hasta lograr la construcción de una policlínica modelo y la planificación de un moderno hospital para el Seguro, iniciándose de esta forma la verdadera formación social del médico, que debe estar coordinada con la formación humanística en la Universidad.

La República Dominicana aportó un estudio específico sobre el Seguro de Enfermedad en dicho país, en cuya primera parte están las bases generales del Seguro Social dominicano; le sigue después la explicación de la organización sanitaria con la Junta médica central, los establecimientos sanitarios, que constituyen una de las mejores redes sanitarias con que cuentan los Seguros Sociales modernos (224 establecimientos, distribuidos en 12 hospitales, 14 policlínicas, 53 consultorios urbanos, 66 consultorios rurales, dos clínicas móviles, tres clínicas dentales populares del Seguro y la colaboración de 18 hospitales del Estado, 20 clínicas y 32 consultorios privados). El trabajo detalla la forma de funcionar los establecimientos, el tipo de asistencia, la atención farmacéutica, la coordinación con la Sanidad general, la financiación, y, por último, se acompaña un cuadro estadístico de servicios sanitarios prestados que avalora la efectividad del Seguro de Enfermedad dominicano.

Venezuela, a través de su observador delegado, Dr. Luis Mijares Jilao, aportó unas consideraciones sobre el Seguro de Enfermedad venezolano, en las que explica la evolución del médico partiendo de la beneficencia y de la asistencia social patrocinada por el Estado, hasta llegar a la colaboración en el Seguro de Enfermedad, en cuyo campo es donde verdaderamente los profesionales médicos encuentran el ambiente adecuado para servir a la sociedad, dentro de una concepción de solidaridad social ética y profesional.

APORTACIONES ESPECIALES DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES

A la Reunión de Guatemala acudieron, invitados por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, los organismos internacionales más directamente relacionados con la Seguridad Social.

LA OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO

En primer lugar estuvo la Oficina Internacional del Trabajo, a cuyo Director representó el Dr. Peter Thullen, la cual aportó dos trabajos: Uno, es la "Encuesta de la Oficina Internacional del Trabajo relativa al costo de la Seguridad Social", y el otro, "Aspectos financieros estadísticos del Seguro de Enfermedad".

La "Encuesta de la Oficina Internacional del Trabajo relativa al costo de la Seguridad Social" tiene como objetivo fundamental la obtención de "datos comparables del costo de las diferentes ramas de Seguridad Social en el plano internacional y de la influencia de tales costos sobre la economía nacional". La publicación está estructurada en una primera parte de Cuadros básicos separados por cada país, que indican los ingresos y gastos en moneda nacional y en cifras absolutas de las diferentes ramas de la Seguridad Social, y una segunda parte de Cuadros comparativos entre países sobre ingresos, gastos globales—en monedas nacional y en dólares—, excedentes y déficit, porcentajes con renta nacional, valor de las prestaciones, promedios anuales, "cápita" de ingresos y gastos, distribución de ingresos y gastos, etc.

El otro trabajo, titulado "Aspectos financieros y estadísticos del Seguro de Enfermedad", es el desarrollo de un esquema de cálculos actuarial relativo a un Seguro de Enfermedad, ya sea que se trate de calcular la cotización necesaria para cubrir el costo de un nuevo régimen a implantarse o se trate del control financiero de un régimen ya en pleno funcionamiento, todo ello combinado con señalamiento de las informaciones estadísticas que se puedan. Al mismo tiempo se exponen en el trabajo las labores de servicio que son precisas, y que fundamentalmente son la planificación detallada, la supervisión permanente y la obtención de datos dentro de la labor diaria.

LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

La Asociación Internacional de Seguridad Social estuvo representada por el Director Gerente de la Caja Nacional del Seguro Social del Perú, Dr. Ernesto Zapata Bullón, por delegación del Presidente Dr. Renato Morelli.

La Asociación Internacional de Seguridad Social aportó dos publicaciones, conteniendo los informes presentados a la X Asamblea de la Asociación Internacional de Seguridad Social, en México (diciembre de 1955).

Uno es el informe elaborado por el Sr. Ernesto Zapata sobre el "Seguro de Enfermedad en América Latina", el que después de describir las condiciones sociogeográficas de los países, hace una sintética exposición del desarrollo y características del Seguro de Enfermedad siguiendo la línea clásica de personas protegidas, organización de las prestaciones, organismos aseguradores y financiación, completando el trabajo unos cuadros estadísticos que dan idea del volumen alcanzado por dicho Seguro.

La otra publicación aportada es la que contiene los Informes de la Comisión Permanente Médicosocial de la A. I. S. S. sobre la influencia de la reeducación profesional en la evaluación de la invalidez y la formación médicosocial del médico, así como las resoluciones recaídas sobre ambos extremos en orden a la política que es conveniente que sigan las instituciones de previsión social.

EL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

El Comité, representado por el Sr. I. J. Bowen, Secretario General, aportó a la Reunión su última publicación, titulada *Legislación comparada de los Seguros Sociales en América Latina*, en la cual se hace, en plan sintético y esquematizado, una breve exposición de la evolución de los Seguros Sociales, las contingencias que cubre, las personas amparadas, las prestaciones que concede, los recursos y sistemas de gestión, destacando los cuadros comparativos que permiten confrontar los datos más importantes de las respectivas legislaciones.

LA ORGANIZACION IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social, representada por el Presidente, Sr. Manuel Pérez Godoy, y por su Secretario General, Sr. Carlos Martí Buñil, aportó dos estudios. El primero es un volumen impreso, titulado "Curso de Racionalización y Mecanización de los Servicios Administrativos de la Seguridad Social", que contiene trabajos e informes elaborados por sesenta expertos profesionales de veinticinco instituciones nacionales de catorce países sobre los sistemas más apropiados de afiliación, cotización, otorgamiento de prestaciones, con-

tabilidad, estadística y control, de gran utilidad para el Seguro de Enfermedad.

El segundo estudio es otra obra, titulada "Curso de Cooperación Actuarial", la que contiene los trabajos y experiencias actuariales, entre las que figuran técnico-económicas relativas al Seguro de Enfermedad.

SESION DE CLAUSURA

En la tarde del 31 de octubre tuvo lugar la sesión de clausura, bajo la presidencia del señor Ministro de Trabajo, Licenciado Manuel Villacorta Vielman, el cual, después de agradecer la colaboración de cuanto participaron en la Reunión, puso de relieve los objetivos más urgentes que se proponía afrontar el Gobierno guatemalteco, entre los cuales destacó la instrucción y educación profesional de los trabajadores, la lucha contra la desocupación e implantación de un sistema de colocación para los obreros y la habitación adecuada y barata para el trabajador.

Intervinieron después los representantes de los organismos internacionales especializados en Seguridad Social. Así, el Dr. Ernesto Zapata, representante de la Asociación Internacional de Seguridad Social, puso de manifiesto el valor de estas reuniones, por lo que tienen de franco estudio de las experiencias de cada uno y el interés de la Asociación para colaborar a las mismas. Después, el Dr. I. J. Bowen, Secretario General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, dirigió un breve saludo a los participantes en nombre del Presidente de su Organización, Sr. Ortiz Mena, y puso de manifiesto su agradecimiento a Guatemala. Por último, el Dr. Carlos Martí Barahona, Secretario General de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, rindió homenaje al espíritu de iniciativa del Gobierno e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en nombre del Presidente de la Organización, D. Manuel Pérez Godoy; glosó el sentido social de la Reunión y expuso los trabajos y esfuerzos de la Organización como instrumento para satisfacer las necesidades de las instituciones sociales.

En nombre de las Delegaciones, el Dr. Virgilio R. Gálvez, de las Delegaciones, agradeció la hospitalidad de Guatemala, y glosó el trabajo realizado durante los días de la Reunión.

Después, el Sr. Herminio Palomo, Presidente de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco, expresó la satisfacción del Instituto por la colaboración de los países e instituciones que habían participado en la Reunión, logrando acercamiento y penetración en los problemas más acuciantes de la Seguridad Social.

Por último, el Ingeniero Ricardo Barrios Peña pronunció un

nífico discurso, en el que glosó una por una la valiosa aportación que habían efectuado las Delegaciones participantes y los expertos que en representación de los Organismos internacionales habían colaborado con el Instituto Guatemalteco en calidad de Asesores de la Reunión, poniendo de manifiesto el valor de las conclusiones aprobadas y el espíritu de solidaridad que había presidido todos los trabajos.

En esta sesión se hizo entrega de los Diplomas a los participantes, como constancia del cometido desarrollado.

CONCLUSIONES

El texto de las conclusiones aprobadas es el siguiente:

La Reunión de Organismos de Seguridad Social de Centroamérica, México y el Caribe fué congregada en la ciudad de Guatemala del 29 al 31 de octubre de 1956, en el X Aniversario de la Fundación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con el propósito de realizar un intercambio de ideas sobre el funcionamiento y desarrollo de los regímenes de Seguridad Social en cada uno de los países participantes; de fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de sus respectivos sistemas, aprovechando la experiencia de cada país en beneficio de la colectividad y reafirmar las mutuas y cordiales relaciones que existen entre nuestros pueblos;

Considerando que la Seguridad Social constituye una necesidad fundamental para todos los países en proceso de desarrollo económico;

Teniendo en cuenta la conveniencia de ampliar el radio de protección de la Seguridad Social, en forma gradual y progresiva, a la población rural;

Consciente de la importancia que tienen las relaciones entre los organismos de Seguridad Social y el Cuerpo médico a los efectos de las prestaciones en los regímenes de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales;

Conociendo la necesidad de perfeccionar los programas de estadística en materia de Seguridad Social;

Reconociendo los beneficios de la asistencia técnica prestada por los organismos internacionales, adopta las siguientes

CONCLUSIONES :

PRIMERA.—La Seguridad Social constituye una necesidad fundamental, particularmente en los países de escaso desarrollo económico, en fase de transición de la economía predominantemente agrícola hacia

una economía diversificada, para satisfacer necesidades básicas de protección social de la población trabajadora, que en virtud de sus condiciones económico-sociales, no puede afrontarlas con sus propios recursos.

Se considera que en vista de las condiciones médico-sociales de la región, conviene dar prioridad al Seguro de Enfermedad-Maternidad para mejorar el estado de salud de la población protegida, con condiciones favorables para toda la comunidad nacional. Además, por razón de las condiciones específicas que justifican la protección contra riesgos profesionales, también se dará preferencia al Seguro de Accidentes, cuya implantación conjunta con el Seguro de Enfermedad-Maternidad no ofrece mayores dificultades de carácter médico y administrativo, sin por ello desconocer la importancia de la protección contra las demás contingencias económico-sociales, como son la invalidez, la vejez y la muerte.

No obstante haberse constatado de la experiencia de los países participantes, que en cuanto al campo de aplicación inicial se ha dado por regla general, la preferencia a la población trabajadora de los centros urbanos que ofrecen mayores facilidades de orden médico y administrativo, no deben escatimarse esfuerzos para extender el campo territorial de la Seguridad Social, gradual y progresivamente, a las zonas rurales en las que se encuentra la gran mayoría de la población trabajadora, adaptando rigurosamente las formas de operación de la Seguridad Social a las condiciones peculiares y a las necesidades específicas de los trabajadores del campo.

SEGUNDA.—Reconociendo el principio de universalidad de la Seguridad Social, la Reunión apoya esta política prudente de desarrollo de la Seguridad Social por etapas, tanto en lo que se refiere a la implantación de las distintas regiones de cada país, como a las diferentes categorías de trabajadores y a los riesgos por cubrir. El desarrollo por etapas no debe significar estancamiento de la Seguridad Social, de mantener su dinamismo para evitar la formación permanente de privilegios en cuanto a protección social.

TERCERA.—Para el sano desarrollo de la Seguridad Social en las distintas etapas, deberá prestarse especial atención a la preparación técnica de cada una de ellas mediante los estudios estadístico-administrativos pertinentes, procurando que la experiencia obtenida en las etapas anteriores permita organizar la próxima con las mayores ventajas. A falta de informaciones directas, los indispensables datos estadísticos adicionales podrán obtenerse a base de muestreo, para conocer

sibles diferencias en la estructura social y económica de los nuevos grupos asegurados, sobre todo cuando la Seguridad Social se extiende al campo.

Para los mismos fines deberá darse importancia al examen sistemático de la administración y a la preparación del personal, pues la consolidación administrativa de cada etapa se considera un factor primordial para el logro de una mayor eficiencia y economía.

CUARTA.—El pleno éxito de los regímenes de Seguro de Enfermedad, Maternidad y riesgos profesionales depende, en gran parte, de la organización adecuada de los servicios médicos, de las relaciones armónicas y de la mutua comprensión entre los organismos de Seguridad Social y el Cuerpo médico. Las relaciones entre ambos deben establecerse de común acuerdo, debiendo ofrecerse a los Médicos al servicio de las instituciones garantías de estabilidad y de carrera profesional, pero siempre sujetas a los intereses superiores de la protección social y a las posibilidades financieras de la Seguridad Social.

Las condiciones de los países de esta zona hacen necesaria la organización de servicios propios de medicina social atendidos por Médicos funcionarios, que concedan asistencia médica directa a los asegurados y demás beneficiarios sin ninguna distinción relativa a sus condiciones económicas individuales.

QUINTA.—Se estima elemento importante para el desarrollo del Seguro de Enfermedad, Maternidad y riesgos profesionales el planeamiento hospitalario completo del país, tomando en consideración las necesidades médico-asistenciales de la población en general. Antes de implantar el régimen en determinada zona deben hacerse los estudios de las facilidades médico-hospitalarias para garantizar la atención eficiente de la población protegida.

SEXTA.—Como consecuencia de lo anterior, y para evitar la duplicación de esfuerzos y servicios, se recuerda la necesidad de coordinar convenientemente las actividades asistenciales de los organismos de Seguridad Social con las de los organismos estatales de salud y asistencia públicas.

SÉPTIMA.—Se reconoce la importancia de perfeccionar los programas de estadística para el control constante de los regímenes vigentes y el planeamiento de su gradual extensión. La comparabilidad de los datos en el plano internacional por medio de definiciones precisas y de la utilización de normas uniformes internacionalmente establecidas debe ser motivo de especial preocupación, lo mismo que la preparación de las publicaciones, con las notas explicativas necesarias para facilitar su

adecuada interpretación y comparación. Además, la contabilidad debe organizarse de manera que sea fuente directa de información económica que, en combinación con las estadísticas, permita el análisis de los costos del Seguro.

OCTAVA.—Merece especial atención el estudio constante de las repercusiones de los programas existentes, y de los que se planeen en el futuro, sobre la economía nacional. Al efecto, las instituciones participantes prestarán su colaboración a las autoridades nacionales competentes para lograr una participación activa de su país en la encuesta que actualmente realiza la Organización Internacional del Trabajo relativa al costo de la Seguridad Social, como un medio de medir su influencia económica y obtener información para el estudio del problema de las cargas sociales y lograr criterios comparativos que permitan apreciar el estado de desarrollo del propio sistema de Seguridad Social.

NOVENA.—Se reconoce la importancia de la contribución del Estado al financiamiento de la Seguridad Social, siendo un principio adoptado en las legislaciones de los Seguros Sociales de los países participantes. La Reunión, al reafirmar este principio, señala la necesidad de que la contribución se haga efectiva para garantía de la solidez financiera de las instituciones.

DÉCIMA.—Se considera necesario establecer y mantener planes permanentes de colaboración e intercambio entre los países representados que comprendan, entre otros aspectos: intercambio de información general y estadística; intercambio de funcionarios especializados y de otro personal cuya preparación deba mejorarse a través del conocimiento de principios, normas y procedimientos seguidos en las diversas instituciones, así como la mutua concesión de becas.

UNDÉCIMA.—Se considera importante la creación o mantenimiento de Cátedras de Medicina Social en las Universidades de los países participantes, así como de Cátedras, Seminarios, Cursos y otras actividades docentes sobre los distintos aspectos de la Seguridad Social.

DUODÉCIMA.—Se reconoce la importancia de Reuniones de organismos de Seguridad Social de Centroamérica, México y el Caribe, y se recomienda que se celebren con la mayor frecuencia, debiendo solicitarse a los organismos internacionales competentes el decidido apoyo para llevarlas a cabo con el mejor de los éxitos.

DÉCIMOTERCERA.—Se reconoce que la asistencia técnica prestada a los países representados, por la Organización Internacional del Trabajo, la Asociación Internacional de la Seguridad Social, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, la Organización Iberoamericana

Seguridad Social y otros organismos internacionales ha sido y continúa siendo de incalculable valor para la implantación, revisión y extensión de los regímenes de Seguridad Social; por lo que se deja constancia expresa de reconocimiento a dichos organismos y se les encarece que mantengan sus planes de becas y continúen prestando su cooperación para el perfeccionamiento de los sistemas de Seguridad Social.

CARLOS MARTÍ BUFILL.

CRONICA DE LA PRIMERA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ACTUARIOS Y ESTADISTICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Bajo los auspicios de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, con la colaboración de la Oficina Internacional del Trabajo y de la Oficina Nacional de Seguridad Social de Bélgica, tuvo lugar en Bruselas, durante los días 3 a 10 de noviembre pasado, la Primera Conferencia Internacional de Actuarios y Estadísticos de la Seguridad Social.

El interés y actualidad de los temas sometidos a discusión constituía motivo más que suficiente para atraer la atención de los actuarios y estadísticos de la Seguridad Social, garantizando en principio un éxito total de la misma, como más tarde habría de confirmarnos su desarrollo. Los temas tratados fueron:

- 1.º Los problemas actuariales en el Seguro de Enfermedad-Maternidad, particularmente en lo que se refiere a la asistencia médica.
- 2.º La aplicación de los métodos estadísticos por sondeo a la técnica de Seguridad Social, y
- 3.º Orientación general de los trabajos actuariales y estadísticos de la Seguridad Social, en particular investigación de directrices comunes y de las relaciones de dichas estadísticas con las estadísticas demográficas, económicas y sociales.

Una prueba evidente de la importancia alcanzada por esta Primera Conferencia lo pone de manifiesto el hecho de que estaban inscritos a la misma más de 200 participantes, representando a 37 países, yendo a la cabeza Bélgica, con 62 participantes, seguida de Italia, con 47;

Suiza, con 13, y el resto de países con menos de 10 representantes. Las comunicaciones presentadas se distribuyeron en la forma siguiente: 19 al primer tema, 17 al segundo y 20 al tercero, lo que nos evidenció que los tres temas a discutir han merecido la misma atención por parte de los que han acudido con sus trabajos.

Los organismos oficiales que estuvieron representados fueron:

1. Organización Internacional del Trabajo.
2. Comité Permanente de los Congresos Internacionales de Actuarios.
3. Comité Interamericano de Seguridad Social.
4. Organización Iberoamericana de Seguridad Social, y
5. La Comunidad Europea del Carbón y del Acero.

La sesión de apertura tuvo lugar en la mañana del día 3 de noviembre, en el Palacio de Academias, pronunciando un brillantísimo discurso de inauguración el Ministro de Trabajo y Previsión Social de Bélgica, Mr. Leon Eli Troclet. Comenzó agradeciendo a los asistentes tanto en nombre propio como del Gobierno belga, su presencia, dándoles la bienvenida en nombre de un país que se sintió orgulloso de recibir a los representantes de una ciencia cuya utilidad práctica, así como su alto contenido social y filosófico merecen ser destacados. En la hora actual, en que la idea-fuerza de Seguridad Social ha conquistado y preocupado a todo el mundo en una medida considerable, en que sus fines y métodos son objeto de discusión y controversia, es importante afirmar que es indispensable realizar su estructura sobre bases verdaderamente científicas.

Pasa seguidamente a recordar que precisamente fué en Bruselas, el año 1895, donde tuvo lugar el Primer Congreso Internacional de Actuarios, y en fecha aún más lejana, en septiembre de 1853, el Primer Congreso Internacional de Estadística. Teniendo modestos comienzos los Congresos Internacionales de Actuarios han adquirido cada día mayor importancia, tanto por la amplitud de los problemas nuevos que han tratado, como por el carácter altamente científico de las soluciones propuestas, que han conseguido atraer la atención de los Gobiernos de diferentes países.

Se refiere después al astrónomo belga Quetelet, Presidente del Primer Congreso Internacional de Estadística, manifestando que fué el primero que puso de manifiesto la utilidad de la nueva ciencia naciente en términos que son aún la justificación de la presencia de todos nosotros aquí:

“Falta de unidad de las estadísticas de los diferentes países, lo que imposibilitaba el hacer comparaciones.”

Hace un resumen de sus principales trabajos relativos a demografía y la influencia que los mismos han venido ejerciendo posteriormente, así como la imposibilidad de abordar cualquier problema de carácter social sin servirse de la estadística demográfica.

Continúa su documentado discurso inaugural el Excmo. Sr. Troclet, poniendo de manifiesto que la Seguridad Social no ha encontrado aun una forma definitiva, y se pregunta si será posible que la reciba alguna vez. Es indudable—afirma—que tendrá numerosos cambios, pues la Seguridad Social debe adaptarse a las realidades sociales y seguir su evolución; considerar que ya tiene estructura estática la Seguridad Social, es tanto como afirmar que se ha parado el progreso.

Para finalizar, hace uso de la vibrante llamada de Albert Thomas en favor de la justicia social: “Si la democracia es la condición de la paz, la justicia social es la condición de la democracia. La paz no puede, pues, estar fundada más que en la justicia social.”

Las palabras del Sr. Troclet fueron acogidas con calurosos aplausos, quedando con ellas abierta la Primera Conferencia Internacional de Actuarios de la Seguridad Social.

Seguidamente hicieron uso de la palabra el profesor G. Petrilli, Presidente de la Comisión preparatoria de la Conferencia, y el Sr. P. Goldschmidt, Presidente de la Comisión Belga de Organización.

Aprovechando la festividad del día 4, tuvo lugar una excursión a Amberes, dedicando el día a visitar la ciudad y sus tesoros artísticos, destacando el museo de Rubens, la recepción en el Ayuntamiento, jardín zoológico y concierto de Carrillón de Malinas.

El lunes, día 5, dieron comienzo los trabajos en el Palacio Provincial de Brabante, dedicándose todo este día, y la mañana del siguiente, a la discusión del tercer tema, relativo a la “orientación general de los trabajos actuariales y estadísticos de la Seguridad Social”.

Dada la gran variedad de los trabajos presentados a este punto, y ante la imposibilidad de hacer un resumen de cada uno, analizamos todos en su conjunto. A dos grupos pueden reducirse los trabajos:

1. Estudios relativos a las bases técnicas de la Seguridad Social y aportación que éstos han hecho para el conocimiento de fenómenos que interesan en un plan más vasto, a la demografía o economía, o en un sentido más amplio a las ciencias sociales.
2. El segundo grupo de trabajos se refiere a las cuestiones de índole

“Falta de unidad de las estadísticas de los diferentes países, lo que imposibilitaba el hacer comparaciones.”

Hace un resumen de sus principales trabajos relativos a demografía y la influencia que los mismos han venido ejerciendo posteriormente, así como la imposibilidad de abordar cualquier problema de carácter social sin servirse de la estadística demográfica.

Continúa su documentado discurso inaugural el Excmo. Sr. Troclet, poniendo de manifiesto que la Seguridad Social no ha encontrado aun una forma definitiva, y se pregunta si será posible que la reciba alguna vez. Es indudable —afirma— que tendrá numerosos cambios, pues la Seguridad Social debe adaptarse a las realidades sociales y seguir su evolución; considerar que ya tiene estructura estática la Seguridad Social, es tanto como afirmar que se ha parado el progreso.

Para finalizar, hace uso de la vibrante llamada de Albert Thomas en favor de la justicia social: “Si la democracia es la condición de la paz, la justicia social es la condición de la democracia. La paz no puede, pues, estar fundada más que en la justicia social.”

Las palabras del Sr. Troclet fueron acogidas con calurosos aplausos, quedando con ellas abierta la Primera Conferencia Internacional de Actuarios de la Seguridad Social.

Seguidamente hicieron uso de la palabra el profesor G. Petrilli, Presidente de la Comisión preparatoria de la Conferencia, y el Sr. P. Goldschmidt, Presidente de la Comisión Belga de Organización.

Aprovechando la festividad del día 4, tuvo lugar una excursión a Amberes, dedicando el día a visitar la ciudad y sus tesoros artísticos, destacando el museo de Rubens, la recepción en el Ayuntamiento, jardín zoológico y concierto de Carrillón de Malinas.

El lunes, día 5, dieron comienzo los trabajos en el Palacio Provincial de Brabante, dedicándose todo este día, y la mañana del siguiente, a la discusión del tercer tema, relativo a la “orientación general de los trabajos actuariales y estadísticos de la Seguridad Social”.

Dada la gran variedad de los trabajos presentados a este punto, y ante la imposibilidad de hacer un resumen de cada uno, analizamos todos en su conjunto. A dos grupos pueden reducirse los trabajos:

Estudios relativos a las bases técnicas de la Seguridad Social y aportación que éstos han hecho para el conocimiento de fenómenos que interesan en un plan más vasto, a la demografía o economía, o en un sentido más amplio a las ciencias sociales. El segundo grupo de trabajos se refiere a las cuestiones de índole

le general que plantea el tercer tema y a las características de la técnica actuarial ha asumido a consecuencia de la evolución de las antiguas formas de previsión hacia el nuevo concepto de la Seguridad Social.

Con relación al primer grupo de trabajos, es de destacar la comunicación belga sobre mortalidad, llegando a interesantes conclusiones como el de que la mortalidad de asegurados es menor que la observada para la población general.

Es preciso indicar el mérito del trabajo anterior; pues como todos sabemos, resulta muy difícil el conocer la distribución de asegurados según la edad y estar informado de todos los casos de defunción por los Institutos de Seguros Sociales.

Completan este trabajo una serie de estudios que se refieren a analizar la mortalidad de la población afiliada a los Seguros Sociales y a compararla con la mortalidad de la población general, llegando a encontrar diferencias del mismo carácter apuntado.

En el actual estado de cosas, se puede decir que la matemática de los Seguros Sociales cuenta ya con una base teórica suficiente, pero los elementos estadísticos que se introducen en nuestras fórmulas no se aplican con frecuencia de la mejor calidad. Es necesario hacer comprender a los Institutos gerentes de la Seguridad Social la necesidad de tenerlos en consideración, con el mismo interés que lo hacen cuando tratan sus aspectos de organización, la labor de favorecer las investigaciones muy especialmente cuando éstas no pueden ser obtenidas por medios indirectos.

Los trabajos clasificados en el segundo grupo, que comentamos, presentan un importante interés, por el hecho de que exponen modernas orientaciones de la técnica actuarial, que, por lo demás, son la lógica consecuencia de los lazos, siempre crecientes, que existen entre la Seguridad Social y la economía nacional.

Se pide cada vez más al actuario que aplique su técnica dentro del marco de la realidad económica, siendo natural que la técnica deba perfeccionar los instrumentos que permitan suministrar respuestas cada vez más claras y completas.

El fenómeno económico que ejerce mayor incidencia sobre un régimen de Seguridad Social es la variación del valor de moneda. Las espectaculares inflaciones que han surgido como consecuencia de los conflictos mundiales han conducido a una revisión de los conceptos primitivos de la técnica de los Seguros Sociales; más concertadamente,

obligado al estudio de los problemas actuariales de las cotizaciones y prestaciones variables, mientras que en el plano administrativo han suscitado regímenes de gestión menos rígidos que los tradicionales, y capaces de adaptarse fácilmente a las diferentes condiciones económicas de los distintos países.

Y poco más cabe decir en relación con el tercer punto de los examinados, dentro de la limitación que nos hemos impuesto, sino que los actuarios de la Seguridad Social han demostrado su buen gusto al hacer uso de las matemáticas para abordar tema tan complejo, consiguiendo varios desarrollos teóricos de gran elegancia.

Al punto segundo de la convocatoria, "Aplicación de los métodos estadísticos por sondeo a la técnica de la Seguridad Social", le fueron dedicadas las dos sesiones del día 7, mañana y tarde.

Los trabajos presentados constituyen una fuente valiosa en cuanto a la experiencia adquirida por la Administración de la Seguridad Social de numerosos países en materia de sondeos. Algunos de los trabajos se distinguen especialmente por su elevado valor científico y por su alcance metodológico.

A tres grandes grupos pueden reducirse los trabajos presentados:

1. Exposiciones de carácter descriptivo, que enumeran los métodos de sondeo utilizados en diversos sectores de la Seguridad Social, con objeto de obtener estadísticas corrientes basadas en muestras permanentes llevadas al día regularmente.
2. Estudios relativos a encuestas especiales efectuadas en diversos sectores de la Seguridad Social, y que insisten particularmente en el aspecto metodológico del sondeo.
3. Trabajos teóricos que se refieren al campo propiamente actuarial de ciertos regímenes de Seguridad Social.

Cabe afirmar sin exageración que el objetivo que se había asignado a la Conferencia en esta materia ha sido alcanzado de manera general, y que incluso ha sido superado por razón de la variedad y de la calidad de las comunicaciones presentadas.

No obstante lo indicado, al finalizar la discusión del punto segundo que comentamos se sugirió la conveniencia de volver a inscribir en el Orden del día de una próxima Conferencia internacional de actuarios de la Seguridad Social, la utilización de los métodos de sondeos, dentro de la perspectiva de las recomendaciones presentadas a la O. I. T. por el Comité de Expertos que recientemente se ha reunido en Ginebra.

Asimismo serían muy apreciados estudios teóricos que tuvieran por

objeto tratar de los problemas en que interviene el factor tiempo; es decir, interesarse más en las corrientes producidas durante ciertos períodos que en las situaciones en una fecha determinada.

Las sesiones de los días 8, 9 y mañana del día 10, se dedicaron al primer punto de la convocatoria: "Los problemas actuariales en el Seguro de Enfermedad-Maternidad, particularmente en lo que se refiere a la asistencia médica."

Todas las comunicaciones han quedado encuadradas en el Orden del día. Todos los elementos de cálculo que se precisan para determinar el volumen de los costos anuales del Seguro de Enfermedad han sido analizados: asegurados, frecuencia de enfermedad, duración de la enfermedad, costo medio diario, etc. No obstante, quedaron determinados aspectos insuficientemente desarrollados, concretamente las cuestiones relativas al Seguro de Maternidad. Igualmente los problemas de financiación fueron tocados de pasada, si bien es justo reconocer que el Seguro de Enfermedad, tal como se le concibe dentro del marco de la Seguridad Social, no puede financiarse, en principio, de otra manera que por un sistema de reparto con reservas de garantía.

Finalizamos este comentario al primer punto haciendo uso de las palabras con que el Sr. E. Kaiser finalizó su brillante intervención: "Tenemos las mejores razones para considerar el porvenir con la más entera confianza y decirnos que la Primera Conferencia Internacional de Actuarios y Estadígrafos de la Seguridad Social habrá marcado la aurora de una nueva era para el Seguro de Enfermedad, tanto en el campo de la ciencia actuarial como en el de la estadística."

JAVIER SOLER BORDEBAS

Actuario del Instituto Nacional de Previsión

ORGANIZACION IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

Acto de transmisión de la Presidencia de la O. I. S. S., en Bogotá

El día 13 de diciembre se celebró en el despacho del Ministro de Relaciones Exteriores de Colombia, la firma del Acta Internacional de transmisión estatutaria de la Presidencia de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Firmaron el acta el Presidente saliente

Dr. Manuel Pérez Godoy (Perú); el entrante, Dr. Arturo Torres Poveda (Ministro del Trabajo de Colombia); el Ministro de Relaciones Exteriores de Colombia, Dr. Rivas Sacconi, y el Secretario General de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Dr. Carlos Martí Bufill.

Al acto, que revistió gran solemnidad, estuvieron presentes altas autoridades del Gobierno colombiano y todos los Embajadores iberoamericanos acreditados en Bogotá, pronunciándose discursos por los dos Presidentes, saliente y entrante, que a continuación del Acta reproducimos.

ACTA INTERNACIONAL DE TRANSMISION DE LA PRESIDENCIA

En Bogotá, D. E., a trece de diciembre de mil novecientos cincuenta y seis, se reúnen en el Despacho del Ministro de Relaciones Exteriores de Colombia, doctor José Manuel Rivas Sacconi, los señores don Manuel Pérez Godoy, Presidente de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, y el doctor Carlos A. Torres Poveda, Ministro de Trabajo de Colombia, asistidos por el Secretario General de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, doctor Carlos Martí Bufill, en presencia de los señores Embajadores de los países iberoamericanos acreditados ante el Gobierno de Colombia y de los señores miembros del Comité Organizador del III Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, y

CONSIDERAN :

Que el párrafo segundo del epígrafe *b)* de la segunda disposición transitoria del Acuerdo de la Comisión Iberoamericana de Seguridad Social tomado en el II Congreso de la Organización que se celebró en Lima, en octubre de 1954, dice textualmente que será "Presidente el Representante del país que tome a su cargo la reunión del Congreso Iberoamericano de Seguridad Social desde un (1) año antes de la fecha señalada para su reunión hasta un (1) año después de haber tenido lugar." (Actas y Trabajos del II Congreso Iberoamericano de Seguridad Social. Tomo I, página 248.)

Que durante la reunión del mencionado II Congreso Iberoamericano de Seguridad Social fué acordada Colombia, por unanimidad, sede del

III Congreso de esta Organización. (Actas y Trabajos del II Congreso Iberoamericano de Seguridad Social. Tomo I, página 230.)

Que el Gobierno de Colombia comunicó oportunamente su aceptación, y por Decreto número 1.939, de 1956, estableció que "el III Congreso Iberoamericano de Seguridad Social se reunirá en Bogotá, D. E., del 20 de julio al 7 de agosto de 1957".

Que el señor Ministro del Trabajo, en nombre del Gobierno de Colombia, y el Secretario General de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, formalizaron la Convocatoria oficial del III Congreso Iberoamericano de Seguridad Social con fecha 4 de julio de mil novecientos cincuenta y seis (1956).

Que le corresponde asumir la Presidencia de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social al señor Ministro de Trabajo, de Colombia, como Representante Permanente ante la Organización.

En virtud de lo expuesto,

ACUERDAN :

Transmitir la Presidencia de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, hasta la fecha desempeñada por el Representante Permanente del Perú, al Representante Permanente de Colombia ante dicha Organización, al señor Ministro del Trabajo.

En constancia de lo anterior, suscrita por el Ministro de Relaciones Exteriores de Colombia, por el Presidente saliente, por el Presidente entrante y por el Secretario General de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, se extiende la presente Acta, en tres ejemplares, con destino a la Cancillería colombiana, a la Presidencia y a la Secretaría General de la mencionada Organización.

Firmado: JOSÉ MANUEL RIVAS SACCONI.

Firmado: MANUEL PÉREZ GODOY.

Firmado: CARLOS A. TORRES POVEDA.

Firmado: CARLOS MARTÍ BUFILL.

DISCURSO DEL SR. PEREZ GODOY EN EL ACTO
DE TRANSMISION DE LA PRESIDENCIA DE LA O. I. S. S.

Señor MINISTRO DE RELACIONES EXTERIORES.

Señor MINISTRO DEL TRABAJO.

Señores EMBAJADORES.

Señores:

Hace dos años y medio, en presencia del Canciller del Perú y de los representantes diplomáticos acreditados en Lima, asumía yo la Presidencia de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, por acuerdo expreso y unánime del II Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, que patrocinado por el Gobierno del Perú se celebró en Lima en octubre de 1954.

Celebrado aquel Congreso con el esplendor y la efectividad que le dieron la presencia de 21 delegaciones oficiales de países hermanos, de los cuales formaron parte Ministros de Estado y los más brillantes técnicos de nuestras instituciones nacionales de Seguridad Social.

Pero lo más importante de aquella Reunión fué el espíritu con que se trabajó y la voluntad que se puso de manifiesto para servir los intereses positivos de lo que constituye el ideal de la Seguridad Social iberoamericana, cual es asegurar el bienestar de las clases trabajadoras.

Este ideal tiene como base la idiosincrasia de nuestros pueblos, la similitud de nuestros problemas, el mismo afán por la elevación del hombre por una política social, movida al mismo tiempo por la justicia y por el amor, el mismo trasunto cultural de nuestros pueblos iberoamericanos, forjados por el alma de los pueblos ibéricos en el yunque geográfico y humano del Nuevo Mundo.

Todos estos factores morales, éticos y sociales hicieron del Congreso de Lima el punto de arranque decisivo para poner en marcha una comunidad de esfuerzos cuyo balance práctico tendremos ocasión de apreciar en el próximo III Congreso Iberoamericano de Seguridad Social.

En dicho Congreso cumplirá con el agradable deber de informar cómo se ha desarrollado la Organización y en qué forma hemos cumplido los acuerdos de Lima.

De conformidad con aquellos acuerdos instalamos en Madrid la Secretaría General de la Organización, y por ello debo hacer constar nuestra gratitud al Gobierno español, que, a través de su Cancillería, acogió nuestra solicitud y facilitó la instalación y desenvolvimiento de

la misma con todas las garantías jurídicas y el respeto funcional propio de un órgano internacional operante en su país. Al referirme a España, es mi deber dejar constancia expresa de mi reconocimiento al actual Canciller, D. Alberto Martín Artajo, por tener fe en el país y los hombres que teníamos la responsabilidad del II Congreso y por su valiosa colaboración para cimentar las bases de esta Organización internacional, sabiendo valorar y vislumbrar sus verdaderas proyecciones.

Después, planificando año tras año las actividades que mejor sirvieron las necesidades prácticas de nuestros sistemas de Seguridad Social. De esta forma pudimos cumplir un intercambio de experiencias de excepcional utilidad para los Gobiernos e instituciones. Llevamos a cabo Cursos de Cooperación Técnica Actuarial en Madrid, patrocinados por la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social de España, en el que los financieros y actuarios representativos de nuestros países estudiaron el reajuste de las pensiones en función de la depreciación monetaria, los regímenes de inversiones dentro de las economías nacionales, las nuevas tablas biométricas y la situación demográfica en relación con la extensión y desenvolvimiento de los planes de Seguridad Social; el Curso de Racionalización y Mecanización de los Servicios Administrativos de la Seguridad Social en Bogotá, patrocinado por el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, en el que 60 técnicos profesionales de 25 instituciones nacionales de Seguridad Social de 12 países iberoamericanos estudiaron, por espacio de un mes, los procesos de afiliación, cotización, prestaciones, contabilidad, control y estadística, obteniendo valiosos estudios prácticos que, para satisfacción de la Organización, hoy están sirviendo de base para que muchas instituciones simplifiquen su estructura administrativa, agilicen sus trámites, rebajen sus costos y aseguren más rápidas y eficaces prestaciones, y el Curso de Estudios Sociales Iberoamericanos en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, de Santander (España), que tuvo la satisfacción de clausurar recientemente, al que asistieron 50 profesionales y postgraduados universitarios de 14 países iberoamericanos, y en el que estudiaron las fórmulas de vinculación y colaboración de las profesionales técnicas a la obra de la Seguridad Social en nuestros respectivos países.

Hemos colaborado a la tecnificación, tan necesaria, del personal de nuestras instituciones de Seguridad Social, siendo numerosos los países que se han beneficiado de esta actividad, y cuyos satisfactorios resultados ha hecho que estos mismos países nos estimularan a la creación del Centro de Formación de Técnicos en Seguridad Social en la Secretaría General de la Organización, en donde en estos me

mentos un importante grupo de profesionales están preparándose y especializándose para mejor servir a sus países respectivos.

Estamos también prestando la asistencia técnica que se nos solicita dentro del cuadro de desenvolvimiento práctico que las instituciones de Seguridad Social van desarrollando.

Los estudios que hemos llevado a cabo sobre planificación de instituciones sanitarias, diccionario de términos legales en Seguridad Social, los sistemas administrativos adoptados para la reparación de los riesgos profesionales, la cotización de los Seguros sociales en el mundo, los tipos diferenciales de cotización para determinadas industrias o regiones, etc., constituyen unos valiosos elementos de consulta para los organismos especializados.

Por último, la actividad editorial de la Organización ha logrado ser el gran vehículo práctico que asegure el intercambio de experiencias, la ayuda mutua y la colaboración en la tecnificación de nuestros funcionarios, mereciendo especial mención la Revista "Acción", órgano oficial de la Organización, y los valiosos volúmenes que contienen todos los trabajos del II Congreso de Lima, de los Cursos de Cooperación Técnica y los estudios especializados sobre técnica financiera e inversiones de la Seguridad Social.

Asimismo, en cumplimiento de mis funciones, y después de asistir en Guatemala a la Reunión de Organismos de Seguridad Social de Centroamérica, Méjico y el Caribe, a la que fui expresamente invitado, he visitado los distintos países centroamericanos del Caribe, Panamá y Venezuela, y en cada uno de ellos he podido apreciar en qué forma se valora nuestra actuación y el interés en los Gobiernos e instituciones por hacerse presentes en el III Congreso de la Organización en Bogotá, del que esperan evidentes y provechosas conclusiones para el mejoramiento de los servicios sociales a los trabajadores e incorporarlos a sus respectivas legislaciones.

Por el aplauso con que estas actividades de la Organización están siendo recibidas, por los beneficios proporcionados a las clases trabajadoras de estos países y por la misma significación que ha alcanzado nuestra institución, hoy puedo asegurar que se encuentra en marcha un auténtico organismo internacional, de ámbito regional iberoamericano de carácter técnico y especializado, con la más absoluta garantía de igualdad de derecho de los países participantes, sin preponderancia de ninguno, movido tan sólo por la fe y la ayuda práctica de cada uno, y con una trayectoria de realizaciones en función de las necesidades que, por sí solas, justifican la razón de ser de la Organización y el acierto

de los países que en el Congreso de Lima le dieron verdadera vida internacional.

Quiero añadir, además, que esta Organización tiene ya en su Secretaría General el órgano ejecutivo ideal para el desenvolvimiento de su labor. Las Delegaciones de los países americanos eligieron por aclamación en el Congreso de Lima Secretario General de la Organización al Sr. Carlos Martí Bufill, el prestigioso técnico español, tan conocido en América por sus trabajos y por sus estudios, y ciertamente quiero dejar constancia de que, con su gran labor, ha sido el colaborador fiel y efectivo de esta Presidencia para el cumplimiento de los postulados del Congreso y los fines de la Organización. Yo he comprobado personalmente que Martí Bufill es, además, el asesor que esperan con alegría los organismos de Seguridad Social de nuestros países para consultarle problemas de alto interés para los mismos, y que saben que se los resolverá con la sinceridad del amigo, la competencia del técnico y el entusiasmo de quien siente profunda vocación espiritual por el constante progreso social de Iberoamérica a tenor de la justicia social.

Con el ejercicio de esta Presidencia, el Perú ha cumplido con su compromiso y ha respondido fielmente al sentimiento unánime de los pueblos iberoamericanos congregados en el Congreso de Lima, como seguirá haciéndolo siempre, porque está en su naturaleza y en su espíritu, el constante progreso y bienestar de sus clases trabajadoras.

Para mí constituye, pues, un honor transmitir a Colombia la Presidencia de la Organización, porque estoy seguro de que su tradicional cultura, su espléndido progreso, su espíritu social, el relieve de sus hombres, su probada vocación por la hermandad iberoamericana, su prestigio internacional, constituye un marco adecuado para hacer del III Congreso Iberoamericano de Seguridad Social en Bogotá uno de los mejores acontecimientos de la política social de nuestro tiempo y otro nuevo eslabón en la obra de lograr que la Seguridad Social iberoamericana sea ejemplo de justicia en las relaciones humanas del trabajo, espejo para el mundo en la causa de la paz e instrumento eficaz para que los trabajadores de nuestros países alcancen el alto nivel de bienestar a que tienen derecho.

Muchas gracias.

DISCURSO DEL DOCTOR CARLOS ARTURO TORRES POVEDA, MINISTRO DEL TRABAJO DE COLOMBIA, EN EL ACTO DE RECEPCION DE LA PRESIDENCIA DE LA ORGANIZACION IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

“Señor Coronel Manuel Pérez Godoy y Dr. Carlos Martí Buñil, Presidente y Secretario General de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

Señor Canciller de la República, señores Embajadores, señores:

Permitidme que, ante todo, os agradezca las nobles palabras que habéis tenido para mi patria al finalizar vuestro discurso. Ellas toman mayor valor cuanto que son pronunciadas por un ilustre hijo del Perú, nación unida con nosotros por tantos y tan caros nexos, y que en el pasado Congreso Iberoamericano de Seguridad Social puso de relieve su conocido altruismo, facilitando el desarrollo del tan importante Certamen y rodeándolo con el esplendor que tan bien cuadra en un ambiente como el de la hidalga ciudad de los Virreyes.

Doy igualmente mis agradecimientos por su asistencia a los Excelentísimos Señores Embajadores de los países americanos. Su presencia acá, y el motivo que los congrega, tienen de por sí mucha mayor significación que la de un simple acto protocolario. Ella está diciendo de ideales y propósitos comunes al grupo más homogéneo que de naciones existe; está hablando la determinación de actuar en el proscenio del mundo con la tremenda fuerza que implica la unión de veintiún Repúblicas, salidas de aquella Península que un día abrió con la proa de sus naves y la audacia de sus hombres los caminos mismos de la civilización.

Si observamos la forma cómo actúan los pueblos en esta hora de adelanto y de problemas ingentes, nos daremos cuenta de que es mayor la tendencia, porque también lo es la necesidad, de reunirse en grupos fortalecidos por el número para la acción constructiva o para la defensa.

Muchas veces el lazo de unión es la raza; otras, la religión; otras, la ubicación geográfica. Sea cual fuere la razón o símbolo del aglutinamiento, lo cierto es que éste tiene siempre una finalidad: el mejorar las condiciones de vida o el impedir el desmedro de las ya logradas. ¿Qué otra razón de ser tienen las alianzas internacionales, los convenios económicos, el juego de la diplomacia? Todo se encamina a la finalidad anotada. Pero a menudo la nobleza de esta aspiración se desvirtúa por el egoísmo. No siempre el mejoramiento alcanzado es con-

quista pura. La nueva felicidad para algunos, en ocasiones representa la desventura de los otros. No hay, en esos casos, creación de bien, sino despojo de derechos. Basta recorrer hacia atrás un corto trecho de historia para darnos cuenta de que el festín de la abundancia muchas veces fué abastecido, no con el aumento de la propia cosecha, sino con los frutos arrancados a la ajena heredad.

Ante la realidad de lo anterior, resalta la importancia que en su funcionamiento tiene la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Ella persigue directamente el bienestar del individuo, la familia y la sociedad, sin que entre la entidad y la obra quede campo donde voluntaria o involuntariamente se pueda desvirtuar la nobleza del propósito. Partiendo de los dogmas de las enseñanzas de Cristo, entra de inmediato al campo de la aplicación y de la técnica. Su labor, sin dejar de ser práctica, es espiritual, porque tiene principios. Por eso, sus realizaciones, producto de una filosofía, no están tocadas de la contingencia que lleva como germen de disolución lo que es obra del materialismo. En ninguna época fué tan indispensable la creación de entidades como ésta. Si bien su origen se remonta hasta los lejanos tiempos de las cofradías y las "gildas germánicas", en que los asociados buscaban ayuda mutua para los casos de enfermedad o muerte; si es verdad que más tarde los montepíos y las hermandades de socorro extendieron su beneficencia hasta esbozar los comienzos de lo que hoy es el Seguro Social, jamás estas demostraciones de cooperación humanitaria fueron tan necesarias ni tuvieron tan vasto campo de acción como en la actualidad. Y la explicación es obvia: la aparición del maquinismo dividió a la sociedad en dos grupos: el uno, pequeño en la cantidad de integrantes pero muy grande en poderío, estaba formado por los empresarios, que iban reuniendo un inmenso capital, representado por industrias y maquinaria, cuyo valor estaba fuera del alcance del trabajador, y el otro, constituido por multitudes de empleados y obreros, que no contaban para sus necesidades con fuentes diversas al salario devengado. A esto se agregaba el fenómeno de que el funcionamiento a gran escala de las máquinas, el uso de la electricidad, el aumento de velocidad en los medios de locomoción y de transporte, las enfermedades profesionales, etc., acrecentaba el número de lisiados y de desempleados que tenían que afrontar una miseria sin redención. Entonces fué cuando la Iglesia, los Gobiernos y los organismos internacionales hubieron de intervenir para establecer normas que detuvieran la ambición y vindicaran los derechos inalienables de las grandes mayorías. Los Pontífices con sus encíclicas, especialmente la "Rerum Novarum",

Connubi" y "Quadragesimo Anno"; las Naciones Unidas con la proclamación de los derechos humanos, y los Gobiernos con las legislaciones laborales, han llegado a crear un sistema normativo que armoniza las relaciones entre capital y trabajo, para que estas dos fuerzas que impulsan el progreso marchen por carriles de edificante comprensión. Mientras la Iglesia, por boca de su pastor, ordena a los obreros "poner de su parte íntegra y fielmente el trabajo que con equidad han contratado, no perjudicando en manera alguna el capital y no usando de la violencia", hace ver a los ricos que "oprimir en derecho propio a los indigentes y menesterosos y tomar ocasión de la pobreza ajena para mayores lucros, es contra el derecho divino y humano". Con la práctica de estas enseñanzas, se llegará al momento en que sea una bella realidad la aspiración manifestada al través del artículo 60 de la Carta del Atlántico, en el sentido de que "las Naciones Unidas confían ver establecida una paz que ofrezca la certeza de que todos los hombres, cualquiera que fuese su país, pueden desarrollar su vida libres de la indigencia".

Con especial acierto habéis llamado ideal de la Seguridad Iberoamericana el obtener el bienestar de las clases trabajadoras. Y digo acierto, porque este continente es por antonomasia la meta de los hombres de trabajo. Desde los primeros colonos que hace cuatrocientos años descujaron las montañas y fundaron ciudades, hasta los inmigrantes que hoy traen el contingente vigoroso de su sangre, todos han venido a estas playas de América a comenzar o a reiniciar una vida en que el músculo y la inteligencia son los dominadores, en recia lucha, de un mundo fértil, pero fácil de ganar. Este es un crisol de razas, de pueblos y de instituciones. Aquí se está formando, no sólo el arquetipo humano, sino el arquetipo social. Hay mezcla y fusión de sangres, y también de inquietudes, de anhelos, de esperanzas; todo aporte que ayude a mejorar la suerte de la Humanidad, aquí se arraiga y crece; existe así algo como un romanticismo práctico que invita a la empresa temeraria y al ensayo audaz. Quizá esta manera de ser se deba a la herencia de la caballería hispánica, que a golpes de entusiasmo realizó una misión de cuyos resultados está hablando la próspera vitalidad de nuestras patrias. Por todo ello, podemos asegurar que la obra de esta Organización, que no es otra que la de redimir al necesitado, tendrá en manos de Iberoamérica pujanza y alma. Si se tratase de una empresa que sólo fuera dividendos, tal vez fracasaríamos; pero en la que estamos empeñados, se recogen satisfacciones. Y cuando al latino se le pone como señuelo el sentimiento, todo su ser se vuelve corazón.

Señor Coronel, Doctor Martí Bufill: Entregáis la rectoría de esta Organización a mi Gobierno después de haberla desempeñado con ejemplar desvelo. Séame permitido que a riesgo de ofender vuestra modestia, deje constancia de que si ella es hoy tan respetable, en vuestro esfuerzo coordinado se encuentra la razón. Mientras el titular de la Cartera del Trabajo la presida, persistirá el interés de no dejar que aminore la obra ya cumplida. Creemos que ese deseo pasará a ser una constante realidad, no en gracia de la capacidad, ni siquiera de la buena intención de quien así se expresa, sino porque existe la circunstancia afortunada de que la mayor preocupación del Gobierno de Colombia ha sido la de atender, siempre con afectuosa diligencia, las necesidades de su pueblo.”

XII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO

Del 1 al 6 de julio de 1957 se celebrará en Helsinki el XII Congreso Internacional de Medicina del Trabajo, en el que se estudiará, entre otros, el tema de la “Valorización de la invalidez”. Se tratarán numerosos aspectos particulares y generales de la Medicina laboral, la patología y la higiene del trabajo.

NOTICIAS IBEROAMERICANAS

ARGENTINA

Cumple cien años una asociación mutualista.

Recientemente ha celebrado el centenario de su acción mutual la Asociación Catalana de Socorros Mutuos Montepío de Montserrat vinculada por su nacimiento y por su actuación a la historia del mutualismo en la Argentina, y a la propia historia y progreso de la ciudad.

En septiembre de 1856 se dió forma a la idea y se aunaron voluntades para formar una entidad de protección mutua para catalanes y baleares. Luego de varias reuniones, se concretó la idea el 21 de octubre

re, y los asistentes a la reunión, realizada en el teatro del Porvenir, desaparecido mucho ha, fueron 139 cabezas de familia, pues la Sociedad sólo admitía a hombres de catorce a sesenta años. El propulsor de la idea y primer Presidente, D. Gil Gelpí, la dió a conocer y contagió su entusiasmo a los asistentes. Pronto tomó impulso la Sociedad, una de las pocas existentes en la época, y el 10 de enero de 1857 funcionaba y otorgaba sus beneficios, constituida con sus estatutos y con definidos propósitos de bien general. A poco, contaba con una fracción de tierra en la Recoleta, y en 1860 construyó allí su primer panteón.

No poseía aún local, y tuvo uno de los primeros en Ribadavia, 341, de numeración antigua; realizaba sus asambleas en la histórica cancha de pelota de Belgrano, 160, y limitaba sus servicios a la atención médica y a un subsidio. Los médicos eran los dos facultativos catalanes que residían a la sazón en Buenos Aires, los doctores Pablo Sabadell y Domingo Capdevilla.

Creció la Sociedad, aumentaron sus socios, y en 1871, durante la epidemia, quedó a cargo de ella solamente D. Ramón Costa, quien con alto espíritu suplió a todos los dirigentes, que abandonaron la ciudad, y atendió a enfermos y pagó subsidios. Los servicios fueron mejorados en 1882, con la implantación del servicio de farmacia; nueve años más tarde tuvo su primera sede estable en Chacabuco, 863: la Casa de España que hizo construir D. Luis Castells para todas las instituciones hispanas, y en la que se le asignaron dos habitaciones.

En la época actual sus progresos fueron grandes; adquirió en 1942 la casa de la calle Misiones, del 139 al 145, de la que ocupa una parte, donde tiene instalados los consultorios, servicios médicos y administración, y donde puede decirse que concentra a todos los catalanes, baleares y valencianos de ésta y a sus descendientes.

Problemas actuales del Régimen Obligatorio.

El sistema jubilatorio argentino sigue figurando en el orden del día de las preocupaciones públicas. Una Comisión nacional se ocupa del análisis de la posibilidad de corregir sus defectos, sin afectar en lo fundamental las garantías que otorga. Entretanto, en el orden nacional como en los ambientes locales, continúan resonando palabras denunciantes de métodos, privilegios y abusos, que hacen cada vez más urgente el examen a fondo de todo el régimen para aportarle las rectificacio-

nes indispensables. Hace alrededor de cinco meses, al dejar su cargo, el primer Presidente designado por el Gobierno provisional para el Instituto Nacional de Previsión Social formuló observaciones impresionantes.

Destacó que el régimen anterior sólo aspiró a acrecer los recursos que así le llegaban a través de las Cajas, a las que entregaba títulos que no habrían podido jamás colocarse en el mercado, en la proporción de más de cinco mil millones de pesos anuales, verdadero impuesto que el Estado no invertía en obras rentables, en bienes de capital, sino en atenciones corrientes de la administración. Desgraciadamente, el desequilibrio que le tocó heredar no ha permitido al Gobierno actual cambiar de métodos, pero está en sus planes, mediante reajustes y economías adecuados, tender a que los bienes de las Cajas de jubilaciones tengan un destino más acorde con las finalidades de su creación y, desde luego, más rendidor desde el punto de vista económico y más satisfactorio en el aspecto social. Pero lo inaplazable es el examen a fondo que reajuste todo el sistema, particularmente cuando se piensa que el 60 por 100 de los 78.000 afiliados de la Caja de Trabajadores Independientes ya está en situación de jubilarse, y el patrimonio acumulado resultará insuficiente para pagar las jubilaciones por un período superior a tres meses.

Los informes y denuncias que recordamos más arriba, y cuya noticia podría acrecerse—tan generalizadas están las situaciones anotadas—, han hecho difundir la versión de que se trata de retacear, en perjuicio de los más modestos, un régimen al que sólo se trata de salvar, para que éstos justamente no sufran daño. Nadie piensa en instaurar el “Seguro Social”, que, en cambio, propuso el Presidente depuesto en su llamado “primer plan quinquenal”. Sólo se trata—y es mucho—de ajustar los beneficios a las posibilidades reales, sin privilegios que favorecen a los menos y a los menos necesitados. Estos están en camino de devorar los fondos de todos, y a ello hay que poner un freno.

El déficit actuarial de las Cajas no variaría, y el apremio a que nos referimos surgiría en cualquier momento. Por otra parte, la devaluación automática del signo monetario—fruto de la inflación que resurge en esta hora—continúa disminuyendo cada vez más el poder adquisitivo de las prestaciones y del haber del Instituto Nacional de Previsión Social.

Y esto lleva a otro aspecto del problema jubilatorio. Hace tres meses, en marzo último, se reajustó, por un ingenioso sistema de ca

cientes, el haber de cada jubilado o pensionista en función de su antigüedad como beneficiario. ¿Hasta cuándo será eficaz y valedero ese reajuste, que ya distintos sectores discutieron entonces, habida cuenta de los aumentos de salarios que van estableciendo convenios colectivos y laudos arbitrales? No es posible preverlo; pero entretanto, sigue en pie una situación: la de los que se jubilaron en dos Cajas distintas y gozan, por tanto, de dos prestaciones, a menudo en conjunto menores que una sola de hoy. El Decreto-ley de marzo no previó el caso, sin duda porque, de acuerdo con la Ley 14.370, ya no es posible. Pero antes sí lo fué, y hay muchas personas que se hallan en él. Lo cierto es que a estas últimas no se les liquidó el coeficiente de bonificación establecido en marzo, tal vez porque aplicarlo a las dos prestaciones habría parecido excesivo. Meses más tarde se les acordó, mientras se reglamentara su derecho, una bonificación uniforme de cien pesos mensuales, que en ciertas Cajas ni siquiera se ha hecho efectiva. Pero la reglamentación prometida no se dictó aún, y resulta que ese tipo de retirados, que corresponden a una época antigua y son, por tanto, los de mayor edad y los más desgastados físicamente, no han recibido los beneficios de la bonificación de marzo, o el sucedáneo ha sido tan magro, que no tienen motivos para estar satisfechos con una retribución que con frecuencia —aun procediendo de dos Cajas— apenas cubre los gastos de médico y farmacia.

Pagos de subsidios obreros.

La intervención en la C. G. T. informó que su departamento de Revisión Social, con el fin de dar cumplimiento al Decreto número 14.360, destacó sus representantes en Tucumán, donde, luego de las comprobaciones legales, cumplieron en forma casi total el pago de los subsidios de Ley, resolviéndose —señaló aquella entidad— agustianar las situaciones de familias obreras.

Salario familiar para el personal de televisión.

Entre representantes de la Asociación Argentina de Telegrafistas, Radiotelegrafistas y Afines y Radio Belgrano T. V. fué suscrito el nuevo Convenio para el personal de televisión. Se incrementan los

sueldos establecidos en las categorías del Convenio de 1954 en un 30 por 100, entendiéndose que en este porcentaje se absorbe el 10 por 100 fijado por el Decreto 2.739/56. A estos sueldos se agrega la suma de 200 pesos mensuales por reconocimiento de funciones. Se establece además la suma de 100 pesos por cada hijo menor de dieciséis años, en concepto de salario familiar.

Servicio asistencial para obreros gráficos.

En Rosario, los trabajadores de la imprenta pertenecientes a la Federación Gráfica Rosarina, inauguraron servicios médicos asistenciales. El acto de referencia contó con la presencia de las autoridades de la entidad, miembros del Cuerpo médico, dirigentes de organizaciones sindicales, representantes de empresas periodísticas y otras personas allegadas a la vida de la Federación, además de gran cantidad de asociados a la misma.

Pídense un órgano de ayuda social.

El Movimiento Cívico Femenino hace, por intermedio de una nota entregada a la Prensa del país, un llamamiento a la solidaridad social para que se procure aliviar con los medios con que cuenta el Estado la difícil situación de muchos hogares pobres; asimismo pide que se encare urgentemente la asistencia social del pueblo a través de un organismo estatal autónomo y de acción integral.

“Intervenida la ex Fundación —comienza la nota—, desorganizada la ayuda estatal, nos hallamos frente a una indiferencia general que parece ir en vías de hacerse definitiva.” Luego consigna que internar a un enfermo en un hospital significa algo más que un privilegio. Por otra parte añade: “La colocación de niños desamparados, madres solteras o ancianos, es casi imposible.” Expresa también que las solicitudes por las que se pide ayuda son recibidas casi con total indiferencia, lo que anula la eficacia de un servicio de elemental necesidad en la comunidad. “Muchos problemas humanos nos rodean y debemos encararlos con valentía. No podemos cerrar los ojos a la realidad: el niño enfermo —afirma— o la madre indigente no admiten soluciones teóricas o políticas. Es urgente —puntualiza luego— que la asistencia

social sea encarada por un organismo estatal provisto de la autonomía y los medios necesarios para realizar una acción integral y eficaz. Creemos que debe desterrarse cualquier tipo de caridad política. Pero no se logrará cerrando hogares-escuelas o paralizando obras, sino superando lo realizado y encarándolo con un nuevo sentido. Las colonias de vacaciones—sostiene—no pueden permanecer desiertas. Los hogares-escuelas y hogares de tránsito deben ser inmediatamente habilitados y ampliamente dotados—prosigue la nota—, pues llenan una importante misión, y todavía son insuficientes. Las mercaderías almacenadas por la Fundación pueden y deben ir en alivio de grandes sectores de población que viven privados de un bienestar elemental.”

Estudio de los nuevos salarios familiares.

El Ministro de Trabajo y Previsión, al evacuar consultas periodísticas relativas al alcance de los estudios sobre implantación del salario familiar, dijo que uno de los fines enunciados al crear, mediante el Decreto-ley 2.739/56, una Comisión de funcionarios de los departamentos de Hacienda y de Trabajo y Previsión y del Instituto Nacional de Acción Social fué, precisamente, el de considerar la posibilidad de fundar una Caja Compensatoria de salarios familiares que diera real significación económica a las asignaciones de tal orden. Entre otros antecedentes, la Comisión está examinando la propuesta presentada al Consejo Económico y Social por la Unión Industrial Argentina, que propicia una asignación de 150 pesos por cada hijo menor e incapacitado a cargo del trabajador; pero como tal aumento representaría la parte substancial de los beneficios que se acordarían a los empleados y obreros de la industria en el presente momento económico, el Gobierno, a través de la mencionada Comisión, está dedicado a preparar planteos que contemplen también las necesarias mejoras de salarios para los no comprendidos en esa iniciativa y los componentes de los restantes sectores del trabajo, puesto que las demás entidades económicas están ajenas a dicha proposición.

Dado que la institución antes nombrada prevé contribuir al fondo del salario familiar con el 5 por 100 del monto de sueldos y jornales, ese es uno de los aspectos del problema que la proposición plantea, cuya ejecución está sujeta a las posibilidades que surjan de los cuadros estadísticos que se están elaborando. Se mantiene en pie la idea opor-

túnamente expresada de dar importancia económica al ingreso del grupo familiar, el más afectado por las incidencias del costo de la vida, aunque es forzoso admitir que su realización estará condicionada a los medios existentes y al interés general de los hombres de trabajo.

BOLIVIA

Creación de un régimen de Asistencia Familiar.

Por Decreto de 5 de abril del presente año se ha creado un régimen de Asistencia Familiar con carácter de servicio social obligatorio destinado a compensar las cargas económicas de los trabajadores jefe de familia. La Asistencia Familiar comprende las siguientes prestaciones: asignaciones por matrimonio, nacimiento, de alimentación, familiares y de muerte.

El nuevo régimen se extenderá a todas las personas, sin distinción de nacionalidad y sexo, que trabajen en Bolivia y presten servicios a terceras personas en virtud de un contrato de trabajo o de aprendizaje de carácter privado o público, expreso o tácito. En principio, los trabajadores agrícolas y las gentes que laboran en domicilio no estarán sujetas al campo de aplicación del presente régimen. Están excluidas las personas que ejecutan labores ocasionales y los extranjeros en actividades ordinarias cuya duración no exceda de quince días, así como las de nacionalidad extranjera empleadas en misiones diplomáticas con sede en Bolivia.

Prestaciones: a) La asignación por matrimonio se asignará a la pareja con hijos o sin ellos. Los trabajadores casados tendrán derecho a una asignación mensual de 2,500 bolivianos, que será entregada al jefe de la familia.

b) La asignación por nacimiento está destinada a compensar los gastos ocasionados por el nacimiento del hijo de un trabajador cubierto por el régimen; puede ser una prestación única en especie, ascendente a 5,000 bolivianos.

c) El beneficio por alimentos, que se entregará a los niños menores de un año, consistente en productos lácteos otorgados directamente por la Caja de Seguro Social, siendo de 3,500 bolivianos cada beneficio.

d) La asignación familiar se eleva a 2,500 bolivianos mensuales por cada uno de los hijos de los trabajadores mayores de un año y menores de dieciséis (hasta dieciocho años para los que realicen

dios en establecimientos autorizados por el Estado). No funcionará el límite de edad si los servicios médicos de la Caja Nacional de Seguro Social reconocen incapacidad total para trabajar.

e) Los subsidios por muerte se concederán en caso de fallecimiento de un hijo; consistente en una suma única, cuyo monto va de 6,000 a 10,000 bolivianos.

Financiamiento. Los recursos necesarios para financiar este régimen de asistencia estarán constituidos por las cotizaciones a cargo de los empleadores únicamente, y ascendente al 13 por 100 del monto de los salarios, sin limitación alguna. Las cotizaciones serán entregadas mensualmente a la Caja Nacional de Seguro Social, de acuerdo con el monto total de la planilla de salarios y conjuntamente con las cotizaciones del Seguro Social Obligatorio.

Administración. La dirección y el control del régimen estará a cargo del Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. La gestión, aplicación y ejecución corresponde a la Caja Nacional de Seguro Social, mediante sus organizaciones y servicios.

BRASIL

Plan general de formación profesional en las fábricas.

El Servicio Nacional de Aprendizaje Industrial (S. E. N. A. I.) del Brasil celebró una reunión en Porto Alegre, del 2 al 7 de enero de 1956, a fin de estudiar los elementos de un plan general de formación en las fábricas y la forma en que este Servicio Nacional podría colaborar con los industriales para llevarlo a la práctica.

Desde su creación, en 1942, hasta el momento actual, la labor de enseñanza propiamente dicha desarrollada por el S. E. N. A. I. se llevó a cabo, sobre todo, en instalaciones de tipo escolar. A la luz de la experiencia adquirida, las autoridades del S. E. N. A. I. han llegado a la conclusión de que las escuelas industriales, por razones económicas y presupuestarias, no pueden preparar toda la mano de obra que necesita la industria, especialmente en un período de expansión como el que atraviesa el Brasil. Además, existen ocupaciones en la industria que no requieren un período prolongado de formación, y que, por consiguiente, no justifican la organización de cursos escolares, generalmente costosa en razón del valor de la maquinaria y herramientas de que deben

dotarse los talleres para preparar personal que puede ser adiestrado eficazmente y en poco tiempo en la misma fábrica.

Ambas consideraciones han llevado a las autoridades del Servicio Nacional de Aprendizaje Industrial al convencimiento de que sus escuelas industriales deben limitarse a la preparación de mano de obra para los oficios básicos que requieren períodos de formación prolongados, para lo cual es preciso establecer un orden de prioridad.

Conclusiones.—Reconocida la necesidad de elaborar un plan de formación profesional en las fábricas, los asistentes a la reunión consideraron los diversos aspectos del asunto y fijaron, en principio, ciertas pautas, de las cuales se citan a continuación las más importantes.

Elementos para la organización de la formación.—La organización del programa de formación en las fábricas debiera ser responsabilidad de la gerencia de las mismas y recaer directamente en la oficina de personal, la que tendría que contar con un empleado encargado de la preparación y cumplimiento de los programas de formación. Cuando se tratara de obreros menores, el encargado debería velar porque se cumplan los requisitos legales y organizar los programas en colaboración con el S. E. N. A. I.

Relación con las Empresas.—Para organizar y desarrollar la formación de menores en la fábrica, el S. E. N. A. I. iniciaría negociaciones con los gerentes de las industrias. Una vez aprobado cada programa, el Servicio debería tratar de que se nombre al encargado de la formación en la fábrica, al cual prestaría directamente su colaboración.

Colaboración del S. E. N. A. I.—El Servicio Nacional de Aprendizaje Industrial tendría que confeccionar un registro de aprendices, preparar los programas, de acuerdo con el encargado de la formación, y velar por su cumplimiento. Entregaría a los aprendices una libreta de identificación, mantendría expedientes personales, y al término de la formación otorgaría certificados.

Programas de formación.—Cada programa debiera ser confeccionado sobre la base del análisis de la ocupación, que realizaría el S. E. N. A. I., en colaboración con las Empresas, y se atribuiría un nombre a cada ocupación siguiendo las normas establecidas por el Servicio y las recomendaciones que en materia de clasificación de ocupaciones ha elaborado la O. I. T. Hechos los análisis, se determinarían cuáles son las ocupaciones que requieren aprendizaje corto y cuáles aprendizaje largo, y el Servicio fijaría la duración del aprendizaje para cada una de ellas.

El contenido del programa de formación debiera ser la resultante

El análisis de la ocupación, y comprende las operaciones incluidas en el ciclo de producción de la fábrica. En el programa debiera especificarse, siempre que fuera posible, el máximo de horas de que dispone el aprendiz para cada operación de producción. La suma de estos tiempos máximos debe dar la duración total del programa.

La transmisión de conocimientos teóricos complementarios se organizaría fuera de la fábrica. Podría procederse al agrupamiento de los aprendices de varias fábricas en locales de las inmediaciones de éstas, donde darían clase cuatro horas por semana, lo cual representa unas seiscientas horas anuales.

Control del aprendizaje. — Sería conveniente mantener registros para cada aprendiz, en los que se incluirían una ficha de identificación, el programa de adiestramiento, los informes mensuales sobre su desarrollo y los certificados. Los registros debieran ser tan sencillos como fuera posible, a fin de no sobrecargar la labor del aprendiz o del Jefe de taller que dirige su trabajo.

El Servicio Social Rural.

En virtud de la Ley núm. 2.613, de 23 de septiembre de 1955, se estableció en Brasil el Servicio Social Rural, con carácter autárquico, personalidad jurídica, patrimonio propio y jurisdicción en todo el territorio nacional.

Después de establecer que dicho organismo tendrá como propósito fundamental la prestación de los servicios sociales en el medio rural para mejorar así las condiciones de vida de la población, la Ley insiste en la necesidad de conceder importancia especialmente a la mejora de la alimentación, el vestuario y la vivienda, la salud, la educación, la higiene y el fomento de las actividades productivas que tiendan a ayudar al campesino y a establecerlo en el campo.

El Servicio Social Rural será administrado por un Consejo Nacional y por Consejos de los estados, de los territorios y del Distrito Federal, que actuarán por medio de Juntas municipales.

Para los efectos de su propio desarrollo, el Servicio Social Rural responderá de los siguientes recursos: *a*) una contribución inicial de cien millones de cruzeiros, que hará el Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Agricultura; *b*) una asignación en el presupuesto federal de 100 millones de cruzeiros anuales; *c*) el patrimonio de la antigua Sociedad Colonizadora Hanseática de Ibirama, Estado de Santa Cata-

rina; d) ciertas dotaciones de tierras y bienes nacionales; e) las donaciones o herencias que le sean hechas, y f) la asignación de un porcentaje sobre los salarios mensuales pagados por diversas Empresas de carácter rural, y que varía del 1 al 3 por 100, según la naturaleza de la Empresa. La Ley sólo exceptúa de esta contribución a las industrias caseras, artesanales, de transformación o de beneficio de productos rurales y a Empresas de explotación cuyo valor no exceda de 200.000 cruzeiros. Las Empresas que se incluyen en dicha contribución quedan exentas de la contribución para los servicios sociales y de aprendizaje, que son objeto de leyes anteriores.

Intervencionismo estatal de los Seguros privados.

Entre los más graves problemas que aquejan al desenvolvimiento del Seguro privado en este país se encuentra el de la intervención estatal, que en algunos casos llega a una escondida pero eficaz nacionalización. Recientemente ha comenzado a operar en el ramo de incendios el Instituto de Previsión y Asistencia de los Servidores Públicos. La exclusividad de los Seguros de Accidentes del Trabajo pasaron a depender de las instituciones de previsión social. Ultimamente se creó el Instituto Brasileño de la Marina Mercante, entre cuyas atribuciones halla la de fiscalizar el seguro de cargamentos.

El I. P. A. S. E. construye obras sociales.

El Instituto de Previsión para los Servidores del Estado tiene en construcción las siguientes obras:

- Edificios-sede de Porto Alegre, Curitiba, Goiania y Natal.
- Conjunto residencial con 23 casas en Natal.
- Seis bloques con 192 apartamentos en Benfica.
- Seis bloques con 325 apartamentos en Jacarepagua.
- Ocho bloques más con 328 apartamentos en Jacarepagua.
- Urbanización del Conjunto residencial de Jacarepagua.

En planeamiento encuéntrase el Conjunto residencial de Rua do Benicio, un bloque de apartamentos en Marechal Hermes y el

destinado a Policlínica del I. P. A. S. E., en la calle del Marechal Camera.

CHILE

Pensiones especiales por enfermedades profesionales y silicosis.

El Director General del Servicio Nacional de Salud dió cuenta al Consejo de que existe un proyecto de Ley elaborado por el Subdepartamento de Higiene, Seguridad y Medicina de Trabajo del Servicio Nacional de Salud, por el cual se desea establecer un sistema extraordinario de beneficios a los obreros afectados por enfermedades profesionales, incluyendo la silicosis.

Manifestó que ha redactado diversas observaciones para conocimiento y consideración de la Cámara de Diputados, cuya Comisión de Trabajo y Legislación Social está actualmente estudiando el aludido proyecto de Ley, e hizo entrega de un ejemplar de dichas observaciones al señor Director General.

ESPAÑA

La redistribución de la renta nacional.

Bajo este tema, la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas convocado para el cuatrienio 1954-58 el Premio del Marqués de la Cueva de Armijo, siendo las condiciones del concurso las siguientes:

- 1.ª El autor o autores de la Memoria que en este Certamen resulte premiada obtendrán cuatro mil pesetas en metálico y Diploma.
- 2.ª Las obras han de ser inéditas, de autor español o hispanoamericano, y presentarse escritas en castellano, a máquina, en cuartillas por una cara, y señaladas con un lema expresando el concurso a que se refieren. Se dirigirán al Secretario de la Academia, debiendo quedar en su poder antes de las doce horas del día 31 de diciembre de 1958; su extensión no podrá exceder de la equivalente a un libro de trescientas páginas, impresas en planas de 37 líneas, de 22 cíceros, letras del cuerpo 10 en el texto y del 8 en las notas.
- 3.ª Cada autor remitirá con su Memoria un pliego cerrado, señalado en la cubierta con el lema de aquélla, y que dentro contenga su nombre y la expresión de su residencia.

4.^a Concedido el premio se abrirá en sesión ordinaria de la Academia el pliego o pliegos cerrados correspondientes a las Memorias cuyo favor recaiga la declaración, y los demás se inutilizarán. En Junta pública tendrá lugar la solemne adjudicación de aquellas distinciones.

5.^a Los autores de las Memorias recompensadas con premios conservarán la propiedad literaria de ellas. La Academia se reserva el derecho, cuando así lo acuerde, de imprimir los trabajos a que adjudique el premio (aunque sus autores no se presenten o los renuncien).

6.^a No se devolverá en ningún caso el ejemplar de las Memorias que se presenten a concurso.

7.^a A los autores que no llenen estas condiciones, que en pliego cerrado omitan su nombre o pongan otro distinto, no se otorgará premio, como tampoco a los que quebranten el anónimo.

8.^a No cabrá reclamación sobre los acuerdos de la Academia en orden al presente concurso.

9.^a Los académicos de número de esta Corporación no pueden tomar parte en el mismo.

Seguridad Social para los representantes del comercio.

En el Congreso Nacional de Representantes de Comercio, celebrado en diciembre en Madrid, se ha tratado la ponencia relativa a "Seguridad y Asistencia Social".

Se solicita un régimen general de previsión en favor de los representantes de comercio, mediante la entrega de una ayuda económica al afiliado que padezca enfermedad; la asistencia médica y quirúrgica para los que se encuentren en ruta por motivos profesionales; las pensiones de jubilación, viudedad y orfandad, así como las de nupcias y natalidad, y auxilios por defunción, en cuantía no inferior a 100 pesetas.

Asistencia social a los ciegos.

Los fines de asistencia social de la Organización de Ciegos, creada en 1938, y que cuenta con 16.000 afiliados, llenan hoy desde las primeras ayudas urgentes hasta las más amplias y ambiciosas exigencias de una previsión completa y bien ordenada. Los ciegos tienen ya

techas sus necesidades médico-farmacéuticas, tienen jubilaciones, pensiones... La asistencia social de la Organización es una acción viva, constante, eficaz, que supone cuantiosos gastos anuales, sin el más leve sacrificio para el Estado. Ahora se estudia la fundación de un Montepío y la extensión de las prestaciones sanitarias a las familias de los afiliados.

Coordinación de los servicios sanitario-asistenciales.

Los médicos titulares han solicitado la coordinación de todos los servicios sanitario-asistenciales, con la creación del organismo correspondiente. También solicitaron la integración en el Estado de todas las categorías de médicos titulares y su estructuración como Cuerpo orgánico del mismo, así como el establecimiento de las correspondientes plantillas, con sus categorías personales. Estos acuerdos se han tomado en la Asamblea de Representantes Provinciales de los Médicos titulares.

Por otra parte, y teniendo en cuenta la reciente subida de los jornales y haberes decretada por el Ministerio de Trabajo para todas las esferas de la vida laboral, y la modificación del sistema de cotización en los Seguros sociales unificados, con el consiguiente aumento de la recaudación global en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, los médicos titulares han pedido también la revisión de los honorarios y otras mejoras de remuneración, para que puedan repercutir en la cotización a la Mutualidad.

Constitución de una Comisión para elaborar un proyecto de organización de inválidos civiles del trabajo.

Se ha constituido una Comisión interministerial encargada de elaborar un proyecto de Organización de Inválidos Civiles del Trabajo, como consecuencia de las diversas conclusiones elevadas al Gobierno por diferentes Asociaciones de inválidos del trabajo. La Comisión está integrada por representantes de los Ministerios de la Gobernación, Trabajo, Hacienda y Secretaría General del Movimiento.

Se trata con esta Organización de agrupar a los inválidos del tra-

bajo, con el fin de prepararlos para su actividad laboral y encauzar sus energías en su beneficio individual, al mismo tiempo que al de la economía patria, y, en el caso de imposibilidad, protegerlos adecuadamente.

Revalorización de pensiones y prestaciones.

Se han modificado las prestaciones de las Mutualidades laborales a partir de 1.º de noviembre actual, sobre la base de las que actualmente estaban en vigor, más la revalorización determinada por el Orden. La modificación se refiere a la jubilación, invalidez, larga enfermedad y orfandad.

En cuanto a la revalorización de las pensiones otorgadas en la previsión laboral, se ha determinado que las concedidas antes del 1.º de mayo de este año sean mejoradas en un 24 por 100. Se revalorizarán también las pensiones que en el futuro causen los pensionistas de las instituciones de previsión laboral. Las revalorizaciones previstas tendrán efectos económicos a partir de las siguientes fechas: Para aquellas pensiones cuya fecha inicial de devengo sea anterior al 1.º de noviembre de 1956, a partir de esta fecha. Para las que se causen posteriormente, desde la fecha inicial de su devengo.

Congreso de Medicina del Trabajo.

El Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo han convocado a los Médicos, Ingenieros, Químicos, Psicólogos y Entidad de Empresas españolas para el III Congreso Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, que se celebrará en Madrid los días 8 a 12 de abril de 1957. El temario consta de cinco ponencias, dos discusiones en "symposium" y comunicaciones libres. Las ponencias llevan los siguientes títulos: "Lucha contra el polvo en los lugares de trabajo", "Disolventes industriales y su patología", "Silicosis: valoración clínico-radiológica y de la incapacidad", "El síndrome lumbalgia crónica del trabajo" y "La prevención de accidentes en la industria de la construcción". Uno de los temas a desarrollar en mesa redonda

el siguiente: "Colaboración médica en la reincorporación al trabajo de los obreros que han sido baja por patología".

Nuevas retribuciones para el personal del Seguro de Enfermedad.

Por una Orden ministerial se han modificado las remuneraciones del personal sanitario del Seguro de Enfermedad. Se establece en ella el número máximo de asegurados que puede asistir el personal facultativo y auxiliar sanitario del Seguro Obligatorio de Enfermedad a partir de 1.º de enero de 1957; los coeficientes por asegurado y mes para regular los honorarios facultativos, y el sistema de gratificaciones mensuales en beneficio de los especialistas quirúrgicos jefes de clínica de las Residencias Sanitarias del Plan Nacional de Instalaciones y sus ayudantes por las intervenciones que presten en dichos Centros a los asegurados asistidos en ambulatorio por otros especialistas.

MEJICO

Sugerencias para la VI Conferencia Hemisférica.

La Asociación de Instituciones de Seguros ha propuesto, dentro del temario "Promoción, desarrollo y defensa del Seguro privado", las siguientes sugerencias: 1) que mediante el esfuerzo de las entidades aseguradoras se alcance una política de buena armonía con el Estado y sus funciones fiscalizadoras; 2) que por medio de convenciones y reuniones anuales se trate de alcanzar la convivencia de aseguradores privados y ejecutores estatales, en bien de un conocimiento mutuo de sus problemas, y 3) llevar al ánimo del Estado la conveniencia de protección y apoyo al Seguro privado, aunque tan sólo sea por lo que representa dentro del fortalecimiento de la economía del país.

PARAGUAY

Seminario sobre anemias y su clasificación.

Un Seminario sobre anemias fué auspiciado por el Departamento Médico del Instituto, con el objeto de mejorar las anotaciones en las historias clínicas y hacer los diagnósticos de las enfermedades usando

la nomenclatura internacional adoptada por la Organización Mundial de la Salud.

PERU

Nuevas bases del Seguro Social Obrero.

El Consejo Directivo, con fecha 12 de septiembre, acordó constituir una Comisión que formule nuevas bases de funcionamiento del Seguro Social Obrero, que estén de acuerdo con el Convenio núm. 102 relativo a la Norma Mínima de Seguridad Social, aprobado por la Conferencia Internacional del Trabajo en 1952. Asimismo, la Comisión propondrá la reorganización que fuese necesaria en las oficinas administrativas para adaptarlas a las nuevas modalidades del Seguro que se implanten.

La Comisión estará compuesta por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Presidente del Consejo, quien la presidirá; por un Delegado obrero y por un Delegado patronal.

Se acordó también constituir una Comisión para que estudie el problema de la asistencia médica en el Seguro Obrero, con miras a mejorar y extender la asistencia en todos sus aspectos.

Estas Comisiones presentarán sus informes al Consejo a la mayor brevedad posible.

Acordó asimismo el Consejo proponer al Gobierno un plan de construcciones hospitalarias para extender el Seguro a otras provincias del territorio nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Asociación Mutualista de Empleados Públicos.

Por Decreto Supremo núm. 99, de 9 de julio de 1956, han sido aprobados los Estatutos de la Asociación Mutualista de Empleados Públicos, encargando al Ministerio de Justicia y Culto la adopción de las disposiciones vinculadas con la organización de la Asociación.

Esta Asociación Mutualista tiene por objeto propender al bienestar económico social y cultural de sus miembros, mediante prestaciones de carácter mutuo y otros servicios.

Campo de aplicación.—Pertenece a ella con carácter obligatorio

todos los empleados públicos que prestan servicios en los Ministerios, Municipalidades, Compañía Administradora del Guano, personal administrativo de la Universidad Mayor de San Marcos, de la Universidad Nacional de Ingeniería, Fondo de Salud y Bienestar Social y demás entidades que manifiesten su deseo de incorporarse. Están comprendidos con carácter voluntario los actuales cesantes o jubilados y los pensionistas por Montepío no mayores de setenta años, y los miembros del Clero católico que sirvan en plaza específica designada en el Presupuesto de la República.

No están comprendidos los miembros del Magisterio Nacional, así como todos los empleados que prestan servicios en reparticiones que actualmente tienen establecidos regímenes mutuales de carácter obligatorio y oficial.

Ingresos.—Los recursos de la Asociación estarán constituidos por las cuotas ordinarias y extraordinarias de ingreso, las cuotas mensuales, los intereses bancarios, utilidades obtenidas en inversiones, donaciones y legados, rentas que asigne el Estado, etc.

Cuotas de asociados.—La cuota ordinaria de ingreso se regulará de acuerdo con el sueldo o pensión que perciba el asociado: empleados que ganen más de soles 2,100.00, abonarán soles 150.00; los que obtengan sueldos mayores de soles 1,370.00, abonarán soles 90.00, y los que obtengan sueldo o pensión mayor de soles 560.00, soles 60.00.

La cuota extraordinaria de ingreso será abonada en forma conjunta con la ordinaria por quienes al momento de inscribirse en la institución tengan más de cincuenta años de edad; dicha cuota será de soles 10.00 por cada año de edad superior a cincuenta. Las cuotas mensuales para los asociados obligatorios serán soles 30.00, 25.00 y 20.00, de acuerdo con las remuneraciones citadas líneas antes.

Beneficios.—El Estatuto contempla la gradual implantación de los siguientes beneficios: prestaciones de auxilio mutuo, préstamos en dinero, adquisición de terrenos y viviendas, cooperativas de consumo, fomento de actividades culturales, sociales y deportivas.

En caso de fallecimiento del asociado se otorgarán prestaciones de auxilio mutuo, equivalente a soles 35,000.00, soles 30,000.00 y soles 25,000.00, si se trata de oficiales, auxiliares y ayudantes, respectivamente. Si se trata del fallecimiento de un familiar, se otorgarán sumas ascendentes a soles 5,000.00, soles 4,000.00 y soles 3,000.00, respectivamente.

El derecho a prestaciones está subordinado al lapso de ingreso del

asociado, funcionando los beneficios en su integridad al cumplirse el primer año de su afiliación.

Administración.—La Asociación será administrada y dirigida por una Junta General, un Directorio y un Administrador.

La Junta General u órgano supremo estará integrada por los delegados elegidos por los empleados residentes en Lima, correspondiéndole: elegir los miembros del Directorio, reformar los Estatutos, establecer nuevos beneficios, adoptar acuerdos relativos a la marcha institucional, etc.

El Directorio estará integrado por nueve miembros: tres designados por el Gobierno y seis elegidos por la Junta General. Los cargos del Directorio serán: Presidente, Vicepresidente, Secretario y Directores. Son funciones del Directorio: supervigilar el funcionamiento de la Asociación, cumplir y hacer cumplir las disposiciones estatutarias, convocar a Junta general, sancionar el proyecto de gastos administrativos, proponer a la Junta general enmiendas a los Estatutos, nombrar o separar el personal al servicio de la Asociación, designar un Director de turno cada treinta días, nombrar un administrativo, etc.

Campaña Nacional de Sanidad.

Con objeto de planificar y coordinar sus esfuerzos en pro de la Campaña Nacional de Sanidad ha tenido lugar en el mes de agosto una importante reunión ministerial, que agrupó a los jefes de los Departamentos de Salud Pública y Asistencia Social, Gobierno y Policía, Guerra, Marina y Aeronáutica.

En líneas generales han sido aprobados los siguientes puntos:

- a) Preparación de un Código Sanitario Peruano;
- b) Creación de un Banco de Sangre Nacional;
- c) Intervención de las Municipalidades en la Campaña Nacional de Sanidad;
- d) Saneamiento de las barriadas aledañas a la capital;
- e) Saneamiento total de cuarteles y comisarías;
- f) Estructuración técnico-médica de las sanidades militares;
- g) Empleo del Hospital Naval del Callao y del Hospital de San Bartolomé, de Lima, para la atención de los niños y madres gestantes;
- h) Atención de miembros de las Fuerzas Aéreas y sus familias en el nuevo Hospital Naval;

- i) Atención de los miembros del Ramo de Gobierno y sus allegados en el moderno Hospital Militar;
- j) Terminación de las instalaciones del fondo "Asesor" para la atención de enfermos mentales.

Reorganización del Seguro Social del Empleado.

En sesión del Cuerpo Organizador del Seguro Social del Empleado, realizada el sábado día 28 de agosto último, se ha acordado la reorganización integral de dicho régimen de previsión, con miras al reajuste, reestructuración y mejoramiento de los actuales servicios en beneficio de sus asegurados.

El Cuerpo Organizador ha adoptado esta determinación, en vista de que no ha podido aún entrar en vigencia el Estatuto definitivo del Seguro del Empleado, porque es necesario practicar un estudio minucioso sobre la conveniencia de establecer un régimen mixto asistencial que conjugue en forma equitativa los intereses del Seguro Social del Empleado y del Cuerpo médico.

Posteriormente, dando cumplimiento al acuerdo anterior, en sesión de 7 de septiembre pasado, se nombró una Comisión que elaborará el programa de reorganización, ocupándose de inmediato del estudio de mejorar las prestaciones provisionales de enfermedad que actualmente se conceden. Dicha Comisión está integrada por los representantes del Poder Ejecutivo, de la Federación Médica Peruana, de los empleadores y de los empleados acreditados ante el Cuerpo Organizador.

Elevación del monto de las prestaciones del Seguro del Empleado.

Por acuerdo adoptado por el Cuerpo Organizador de esa institución, a partir del 1.º de octubre de 1956 serán elevadas las asignaciones que se conceden en Lima y Callao por consulta médica, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, análisis y radiografías, considerando que los reembolsos anteriormente fijados —hace siete años— son insuficientes para cubrir los actuales gastos del asegurado en caso de enfermedad.

A continuación se señalan los porcentajes aprobados y las cantidades determinadas:

	Antigua tarifa		Nueva tarifa — Soles
	— Soles	Aumento	
Consulta médica... ..	20.00	50 %	30.00
Hospitalización... ..	40.00	25 %	50.00
Intervenciones quirúrgicas... ..	1,000.00	20 %	1,200.00
Análisis y radiografías... ..	(varios)	20 %	

Cabe citar que se encuentran afectos al Seguro Social del pleado más de 254.000 personas en todo el país.

PORTUGAL

Variaciones en el Reglamento de la Caja Sindical de Previsión de los Profesionales del Seguro.

Por Orden del Ministerio de Corporaciones y Previsión Social aprobado el Reglamento de la Caja Sindical de Previsión de los Profesionales del Seguro, que sustituye a la hasta ahora en vigor de agosto de 1947.

La Caja, con sede en Lisboa, extiende su acción a todas las empresas que trabajan en la industria de Seguros y Reaseguros y a su personal a su servicio, protegiendo a sus beneficiarios contra riesgos de enfermedad, vejez, invalidez y muerte. La Caja concede ahora a los beneficiarios casados que viven en común con su cónyuge un subsidio de casa-habitación de 100 escudos mensuales.

Las Entidades patronales contribuyen a la Caja con el 17 por ciento de la nómina, y los beneficiarios con el 5,5 por 100 de sus salarios la parte que no exceda de 4.000 escudos.

La distribución de la cuota global es la siguiente:

Reformas... ..	7,0 %
Muerte... ..	1,0 %
Enfermedad:	
Subsidio económico... ..	0,8 %
Acción médico-social... ..	2,3 %
Pagos médicos... ..	0,5 %
	3,6 %
Ayuda familiar... ..	7,0 %
Administración... ..	0,8 %
Subsidio de casa-habitación... ..	3,1 %

Casas de renta económica a construir en Carcavelos.

Por disposición del señor Ministro de Corporaciones y Previsión Social fué adjudicada la contrata de construcción, a ejecutar en el plazo máximo de doscientos cuarenta días, de 36 viviendas de renta económica (24 del tipo III y 12 del IV) en Carcavelos, por 2.849 contos.

La obra es de iniciativa de "Habitaciones Económicas" —Federación de Cajas de Previsión—, y se destinan a los beneficiarios de las Cajas Sindicales de Previsión, al personal de las industrias de panificación, molinos harineros, productos alimenticios y a los empleados del comercio.

Mejoras de los servicios de previsión y de Subsidio familiar.

El Ministro de Corporaciones de Portugal, que ha dedicado sus esfuerzos a resolver los problemas de la asistencia a los trabajadores, procurando, a través de los contratos colectivos de trabajo y por otros medios, mejorar las condiciones de vida de los que laboran en el campo, en las oficinas, en el mar y aun en las profesiones liberales, se halla ahora dedicado a la tarea de estimular el desarrollo y actualizar las condiciones en que se lleva a cabo la previsión, con objeto de hacerlas más armónicas y eficientes y con el de lograr que su acción alcance también a las clases que aun no disfrutan de sus beneficios. Para resolver este problema complejo y difícil, el Ministro está recogiendo una serie de datos y estudiando los actuales métodos de trabajo, así como la posibilidad de unificación en la gestión de las diversas Cajas de Previsión.

Con tal motivo, el Ministro de Corporaciones lusitano visitó recientemente las instalaciones de varias Cajas de Previsión, reuniéndose después con el Director General de Previsión y los Directores de las tres Cajas más importantes de Portugal: la de Profesiones del Comercio, la de la Industria Textil y la de Metalúrgicos y Metalomecánicos, que amparan a más de 300.000 beneficiarios y extienden su acción a más de 600.000 personas.

En la reunión se abordaron diversos problemas de la previsión social y Subsidios familiares, posición de los beneficiarios y cotizantes y regularización de dichas posiciones, con vistas a la elaboración del

balance técnico, a la oportunidad del pago de Subsidio Familiar y otros subsidios por las tres instituciones allí representadas, y se congratuló de su acción en pro de los beneficiarios, a los cuales se conceden anualmente, en concepto de Subsidio Familiar y otros subsidios, cerca de 250.000.000 de escudos. Añadió que es preciso perfeccionar cada vez más los servicios, y anunció para un breve plazo la promulgación de medidas encaminadas a dotar a las Instituciones de Previsión y de Subsidio Familiar de la eficacia indispensable para la realización de sus objetivos.

Caja Sindical de Previsión de los Profesionales del Comercio.

El Ministro de Corporaciones ha determinado la extensión del ámbito de la Caja Sindical de Previsión de Profesionales del Comercio a las Empresas almacenistas de tierras del distrito de Beja y a su personal empleado en esas actividades.

Igualmente se ha acordado que la Caja asuma el encargo del pago y concesión del Plus Familiar a todas las Empresas del distrito de Lisboa encuadradas en la institución.

VENEZUELA

XII Aniversario del Instituto Ve- nezolano de los Seguros Sociales.

El 9 de octubre de 1956 se cumplieron los doce años de la fundación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Con tal motivo, el Instituto celebró un importante acto en la Casa Sindical de Caracas en homenaje a los médicos y odontólogos que por espacio de más de diez años vienen prestando sus servicios al Instituto. La apertura estuvo a cargo del Director General, doctor Pablo Salas Castillo, y a continuación pronunció un breve discurso el señor Ministro del Trabajo, doctor Carlos Tinoco Rodil, en el que, después de ensalzar la labor de los profesionales médicos y odontólogos de la institución, hizo resaltar que "la garantía de la salud" es una consigna clave, cuyo éxito está ligado a la devoción y eficacia del personal técnico que interviene en su planificación, y que luego se encarga de ejecutar y desarrollar. Destacó también cómo la institución de los Seguros Sociales tiene que ser tarea de realizaciones admirables, puesto que persigue el lograr el res

tablecimiento del capital de la vida, que es la salud, con un mínimo de garantía económica para el trabajador, cuando la necesidad lo requiera. Concluyó agradeciendo a los homenajeados, en su nombre, en el del Gobierno y en el de los trabajadores de Venezuela, su labor desarrollada en pos de una Seguridad Social integral.

NOTICIAS DE OTROS PAISES

ALEMANIA

Escasa inclinación de la juventud a la previsión voluntaria.

Se considera descorazonador el resultado de una encuesta realizada entre más de 2.500 personas de diecisiete a veinticinco años, principalmente mujeres, que demuestra la escasa inclinación existente a completar, mediante Seguros libres de vida u otros medios de previsión voluntaria, los beneficios derivados de la previsión oficial. Se propugna el desarrollo de una campaña de formación en los centros de enseñanza que instruya a los jóvenes sobre las ventajas del Seguro libre de vida, unido al Seguro obligatorio.

La reforma de la Seguridad Social alemana.

A través de los comentarios de la Prensa diaria y de las revistas especializadas en la materia, se advierte una gran preocupación por el desarrollo de la reforma en curso. La efectividad de su entrada en vigor, los resultados de los cálculos presupuestarios realizados por el Ministerio de Trabajo y sus colaboradores, la repercusión en la práctica de cada medida adoptada o proyectada, son objeto de incisivas críticas y de intencionadas preguntas dirigidas a las autoridades competentes en la materia. Su misma abundancia impide recogerlas detalladamente, pero parece oportuno señalar la inquietud apuntada, que demuestra el interés con que se siguen las incidencias de cada problema.

AUSTRALIA**Aumento del subsidio por hijos a los pensionistas de invalidez y a las viudas.**

El día 5 de octubre último ha sido sancionada la Ley núm. 67 de 1956, que modifica la Ley de Servicios Sociales de 1947. En virtud de esta enmienda, una persona a la que se reconoce el derecho a una pensión de invalidez, o la que tenga derecho a una pensión de vejez y que esté incapacitada permanentemente para el trabajo, con dos o más hijos menores de dieciséis años a su cargo, tendrá derecho a un aumento anual de 26 libras, sobre su pensión anual de 208 libras, por cada uno de dichos menores. Asimismo, se aumenta dicha cantidad por cada hijo menor, a partir del segundo, que se halle a cargo de una pensionista de viudedad.

AUSTRIA**Asignación presupuestaria para las atenciones sociales.**

A 3.600 millones de chelines alcanza la asignación para atenciones sociales que figura en el presupuesto nacional austriaco para 1957. Esta cantidad supone el 11,4 por 100 del presupuesto total de gastos, no obstante lo cual la cifra ha sido objeto de discusión en el debate parlamentario suscitado, por entender determinados Diputados que es insuficiente, propugnando la de 4.500 millones.

Se ha mejorado la renta básica concedida a los trabajadores agrícolas ancianos, que se fija en 200 chelines para los solteros y en 400 para los matrimonios. Si bien el comentario del que tomamos esta noticia no señala a qué período de tiempo corresponde la expresada renta, parece lógico suponer que se trata del subsidio mensual.

BELGICA**Sentido legal de la palabra "madre".**

En la Circular ministerial de 30 de marzo de 1956, el Ministro de Trabajo y de la Previsión Social ha aclarado el sentido legal de la expresión "mère" en los siguientes términos:

La palabra "madre" se refiere a la madre legítima y a la madre natural del niño, a los efectos del subsidio de la madre en el hogar.

Ahora bien, teniendo en cuenta el punto de vista social, comprenderá también:

1. la madrastra (la nueva esposa del padre de los niños);
2. la adoptante en el sentido de la legislación sobre la adopción (Código civil, arts. 343 y siguientes);
3. la esposa del adoptante;
4. la esposa del tutor oficioso;
5. la esposa del trabajador que es beneficiario de Subsidios familiares por el niño que ella cría, a condición de que este niño haya sido abandonado por su madre o que ésta haya muerto;
6. la abuela que no esté comprendida ya en el núm. 5, porque no es la esposa de un trabajador beneficiario, a condición de que el niño haya sido abandonado por su madre o ésta haya muerto.

CANADA

Aumento del límite de ganancias a efectos de indemnización por accidentes del trabajo.

A partir de 1.º de enero de 1957 se aplicará en la provincia de Ontario un nuevo límite de ganancias anuales, que servirá de base para establecer las indemnizaciones por accidentes del trabajo, el cual pasará a ser de 4.000 a 5.000 dólares anuales. Como el porcentaje básico establecido continúa siendo del 75 por 100 de los salarios, la modificación autorizada aumentará la indemnización máxima de 57,69 a 72,11 dólares por semana. Esta modificación afectará a los casos de accidentes que ocurran a partir de la fecha antes citada.

Invitación a los trabajadores especializados norteamericanos para emigrar al Canadá.

Haciendo un esfuerzo por resolver la penuria de trabajadores calificados, el Gobierno Federal ha invitado, en el mes de octubre último, a los trabajadores especializados norteamericanos a emigrar a este país, por lo que el Ministerio de Información canadiense ha resuelto volver a abrir las oficinas de migración que tenía establecidas en los Estados Unidos, con objeto de reclutar trabajadores para las distintas indus-

trias, donde existen numerosas vacantes que serían ventajosamente remuneradas.

ESTADOS UNIDOS

Proporción entre el coste de la Seguridad Social y la renta nacional en el decenio 1945-55.

El incremento de los gastos producidos por los distintos servicios de la Seguridad Social en los últimos años ha sido afectado, principalmente, por el aumento de la población, la variación de los precios y el desarrollo de los distintos programas. A continuación figuran las proporciones de la renta nacional empleadas para costear los servicios de la Seguridad Social en el decenio 1945-55.

Ejercicio fiscal	Producción bruta nacional (En billones)	TOTAL	Seguro Social	Asistencia pública	Servicios sanitarios	Educación	Otros servicios de bienestar	Veteranos de guerra
1944-45	218,3	3,6	0,6	0,5	0,5	1,6	0,1	0,4
1949-50	263,0	9,0	1,8	0,9	0,8	2,8	0,2	2,5
1952-53	357,9	7,4	1,8	0,8	0,8	2,6	0,2	1,2
1953-54	359,7	8,1	2,3	0,8	0,8	2,8	0,3	1,1
1954-55	373,1	8,7	2,7	0,8	0,9	2,9	0,2	1,2

Servicios médicos prestados a niños inválidos en el bienio 1954-1955.

En virtud de lo establecido en el Título V, Parte 2.^a, de la Ley de Seguridad Social, los organismos de los Estados (a excepción de Arizona, Alaska, Distrito de Columbia, Hawai, Puerto Rico y las Islas Vírgenes) han prestado los servicios médicos que a continuación se indican a los niños inválidos, durante el bienio 1954-1955:

CLASE DE SERVICIO	NUMERO DE SERVICIOS		Variación de porcentaje de 1954 a 1955
	1955	1954	
Número total de niños que recibieron asistencia médica...	278.000	271.000	+ 2,5
EN CLÍNICAS.			
Número de niños...	221.000	221.000	- 0,1
Número de visitas...	472.000	468.000	+ 0,9
ASISTENCIA HOSPITALARIA.			
Número de niños...	48.000	44.000	+ 9,0
Número de días de hospitalización...	1.246.000	1.244.000	+ 0,1
ASISTENCIA A CONVALESCIENTES.			
Número de niños...	3.800	4.100	- 9,4
Número de días de asistencia...	362.000	411.000	- 11,8
OTROS SERVICIOS MÉDICOS.			
Número de niños...	53.000	48.000	+ 9,0
Número de visitas (en instituciones y en el hogar)...	124.000	109.000	+ 14,2

Crédito laboral federal: beneficiarios y prestaciones en el trienio 1953-1955.

La Administración de Seguridad Social, a través de la Oficina de Crédito Laboral, administra las operaciones que se realizan en virtud de la Ley de Crédito a instituciones gremiales. Estas organizaciones tienen por misión proporcionar medios económicos a sus miembros y crear fuentes de crédito con fines de previsión y productivos. Durante el trienio 1953-1955 se concedieron los préstamos que a continuación se indican a los beneficiarios asimismo señalados:

AÑO	NUMERO DE BENEFICIARIOS	IMPORTE DE LOS PRESTAMOS (dólares)
1953...	3.255.422	573.973.529
1954...	3.598.790	681.970.336
1955...	4.032.220	863.042.049

El plazo máximo de estos préstamos alcanza a treinta y seis meses.

FRANCIA

La Caja de Pensiones de la "Régie Renault".

En los últimos días del mes de enero, las conversaciones seguidas entre la Dirección de la "Régie" y los Sindicatos signatarios del acuerdo de 15 de noviembre de 1955 (F. O., C. F. T. C., Independiente "Cadres") para la institución de un sistema de jubilaciones, han concluido. El personal, consultado por referéndum, ha dado su adhesión por una gran masa.

Se trata de la creación de una Caja, que servirá al personal de la "Régie" una pensión, que se agregará a la de la Seguridad Social. Existía ya un sistema de jubilaciones en la "Régie", pero era poco ventajoso, y cuyo nombre tenía cierto tono paternalista, "La Pensión por largos servicios", que alcanzaba hasta un máximo de 100 francos mensuales.

1. La financiación está asegurada por cotizaciones, que serán durante cinco años del 1 por 100 del salario a cargo del personal y del 1,5 por 100 a cargo de la Dirección.

2. La gestión de la Caja corre a cargo de representantes del personal y de la Dirección de las Empresas miembros, ya que se tiene por propósito de adherir a la Caja dos Empresas más: la Sociedad "Comptons" y la "Télémechanique".

3. La cuantía de la pensión dependerá de dos elementos: las cotizaciones efectivamente pagadas y el número de años de presencia en el establecimiento. Por el momento, el monto de la pensión variará entre 5.000 y 20.000 francos por mes.

Seguridad Social estudiantil

El Decreto de 22 de junio de 1956 tiene por objeto armonizar las disposiciones del Decreto de 31 de diciembre de 1948 relativo al régimen de Seguridad Social de los estudiantes con las disposiciones del Decreto de 20 de mayo de 1955. En consecuencia, los estudiantes causahabientes tendrán derecho a las prestaciones del Seguro de Enfermedad en las condiciones fijadas por el Decreto de 20 de mayo, a contar desde la fecha de aplicación de este último. Estas prestaciones sustituirán a las de los Seguros de Enfermedad y larga enfermedad anteriormente satisfechas.

En fin, el Decreto de 22 de junio de 1956 prevé que todo el

afiliación en el régimen estudiantil equivale a seis horas de trabajo asalariado no agrícola o a una jornada de trabajo agrícola, al efecto de la coordinación con el régimen general o con el régimen agrícola para la determinación de los derechos a las prestaciones.

Primas de lactancia y bonos de leche.

A partir de 1 de junio de 1956 queda modificada la cuantía de las primas de lactancia y bonos de leche que pueden ser concedidos por las Cajas de Seguridad Social al título del Seguro de Maternidad.

1. Primas de lactancia:

El total de subsidios pagados a una misma beneficiaria no debe sobrepasar de 8.525 francos. El subsidio previsto para cada uno de los cuatro primeros meses no debe ser inferior a 2.000 francos.

2. Bonos de leche:

El total de los bonos de leche concedidos para un período de cuatro meses, al máximo, no puede exceder de 2.000 francos.

3. Lactancia mixta:

La beneficiaria podrá solicitar durante cuatro meses:

- subsidios mensuales, cuya cuantía no podrá ser inferior a 1.000 francos;
- bonos de leche, cuya cuantía mensual no puede pasar de 500 francos.

Fondo Nacional de Solidaridad.

Por la Ley núm. 56-635, de 30 de junio de 1956, se crea en Francia un Fondo Nacional de Solidaridad para mejorar las prestaciones de vejez.

El régimen francés de protección a la vejez comprende, junto al régimen general de Seguros, que se ha extendido progresivamente a todos los asalariados, principalmente por las Leyes y Decretos sobre jubilación de obreros y campesinos de 1910, sobre Seguros sociales de 1928 (1935 para la agricultura) y sobre la Seguridad Social de 1946 (1948 para la agricultura), los regímenes especiales de Seguro que afec-

tan a los miembros de ciertas profesiones (marinos, mineros, funcionarios), y otros creados más recientemente para los trabajadores independientes. El régimen se completa con el sistema de subsidios para trabajadores ancianos, y por el subsidio especial a personas ancianas sin recursos que no correspondan a ninguno de los regímenes existentes.

El número de personas que por una razón u otra disfrutan de prestaciones de vejez asciende actualmente a más de cinco millones. Sin embargo, se calcula en más de dos millones el número de beneficiarios que no reciben de hecho más que los subsidios mínimos impuestos por la legislación sobre subsidios especiales; es decir, 31.200 francos al año. Por otra parte, los ingresos de las personas ancianas beneficiarias de un régimen de Seguro de Vejez pueden presentar entre sí diferencias importantes.

Para remediar la insuficiencia de las prestaciones de vejez se ha creado desde hace algunos años, en el seno de ciertas profesiones, empresas, regímenes complementarios de retiro que se destinan, mediante una doble contribución patronal y obrera, a facilitar a sus miembros pensiones de jubilación complementarias de las de la Seguridad Social. Asimismo se han dictado leyes, especialmente las de 20 de marzo de 1954 y 27 de marzo de 1956, para aumentar los importes de las diversas prestaciones de vejez.

La Ley de 30 de junio de 1956 relativa a la institución del Fondo Nacional de Solidaridad, que se completará mediante un Reglamento de la Administración pública, persigue un objetivo más amplio, ya que este Fondo tiene por objeto fomentar una política general de protección de las personas ancianas mediante la mejora de las pensiones de jubilación, rentas y subsidios de vejez.

Condiciones de asignación.

A partir del 1.º de abril de 1956 la Ley prevé la asignación de un subsidio suplementario a toda persona de nacionalidad francesa que resida en el territorio metropolitano o en un departamento de ultramar, y a las mismas condiciones a los extranjeros súbditos de un país que hubiere concertado Convenios internacionales de reciprocidad. En cambio quedan excluidas las personas que hubiesen trasladado su residencia fuera del territorio de la República Francesa. Los solicitantes deben, por otra parte, llenar los requisitos siguientes:

- a) tener sesenta y cinco años cumplidos, o sesenta años en caso de incapacidad para el trabajo;
- b) ser titulares de una prestación social por razón de vejez, de una pensión de invalidez o de una ayuda social para ciegos o grandes inválidos; el aumento por cónyuge que viva a su cargo, pagadero por un régimen de Seguro de Vejez de asalariados, se considerará como una ventaja de vejez;
- c) no poseer recursos que excedan de 201.000 francos al año tratándose de una persona sola, y de 258.000 francos cuando se trate de un matrimonio, incluyendo en ellos el importe del subsidio suplementario previsto por la nueva Ley;
- d) haber presentado a los organismos o servicios deudores de la prestación principal de la que son titulares una solicitud para obtener el subsidio suplementario.

En la estimación de los recursos se tienen en cuenta todas las ventajas de vejez que disfruten los interesados, sus ingresos profesionales o de otra índole, principalmente los ingresos de sus bienes muebles e inmuebles, incluidas las donaciones que hayan efectuado en el curso de los diez años precedentes a la solicitud. También se tiene en cuenta la ayuda que puedan prestarles las personas sujetas a la obligación de proporcionar alimentos según los artículos 205 y siguientes del Código civil; es decir, los hijos, nietos, yernos y nueras, mientras vivan el esposo que produce la afinidad y los hijos nacidos de la unión.

En cambio, no se incluyen en el cálculo de los recursos el valor de los locales de habitación efectivamente ocupados a título de residencia principal por los interesados y los miembros de su familia que vivan en su hogar, así como ciertas prestaciones sociales, tales como las prestaciones familiares, la indemnización por cuidados a los tuberculosos que perciban pensiones militares de invalidez, el subsidio de compensación de trabajo de que disfrutaban los ciegos y los grandes inválidos, etcétera.

La Ley prevé límites máximos especiales de recursos y reglas especiales de cálculo con respecto a ciertas categorías de jefes de explotación agrícola y de viudas de guerra.

Prestaciones.

Todas las personas que llenan las condiciones que anteceden tienen derecho al subsidio suplementario, cuyo importe se fija en 31.200 fran-

cos anuales. Este subsidio se sustituye para las personas admitidas beneficio del subsidio suplementario por el reciente aumento de subsidio previsto por la Ley núm. 56-1.331, de 27 de marzo de 1956, citada, y se reduce a la debida concurrencia cuando el total del subsidio o subsidios suplementarios y de los recursos personales del interesado o de los esposos interesados excede, respectivamente, de 201.000 o 258.000 francos por año. El subsidio suplementario no se tiene en cuenta para la aplicación de los límites máximos de recursos que justifican el pago de ciertos subsidios, tales como el que se satisface a los trabajadores asalariados ancianos y el subsidio especial, etc.

Administración.

El Fondo Nacional de Solidaridad goza de personalidad civil y autonomía financiera. Está administrado por el Ministro de Asuntos Sociales, auxiliado por un Comité del Fondo Nacional de Solidaridad, órgano consultivo que comprende representantes del Estado y de los principales regímenes del Seguro de Vejez, al cual se consulta sobre cierto número de cuestiones. La gestión financiera queda asegurada a la Caja de Depósitos y Consignaciones.

El Fondo no paga directamente los subsidios a los beneficiarios. El papel consiste en repartir, en forma de concesión de subvenciones a organismos y servicios deudores de beneficios de vejez, las sumas que se destinan al pago de los subsidios suplementarios. Estos organismos y servicios resuelven sobre las solicitudes de subsidio suplementario, aseguran el pago en plazo vencido, en los mismos vencimientos que la asignación principal de que disfrutaban ya los solicitantes. El subsidio suplementario, una vez liquidado, puede ser suspendido o revisado en todo momento por los servicios y organismos liquidadores, o, en defecto, por el Director General de Seguridad Social, que actúa en nombre del Fondo Nacional de Solidaridad cuando se comprueba que una de las condiciones exigidas por el servicio no ha sido cumplida, en especial cuando cambian los recursos del interesado. Las decisiones de asignación, de desestimación, de revisión o de suspensión se notifican al Prefecto del lugar donde resida el interesado. La apreciación de las condiciones de asignación del subsidio suplementario, principalmente de los recursos de los solicitantes, la hacen los organismos y servicios liquidadores, que pueden, por otra parte, intervenir en lugar de los beneficiarios del subsidio suplementario para pedir a la autoridad judicial que fije o revise la pensión alimenticia que aquéllos p...

reclamar a sus hijos, nietos, etc. Sin embargo, esta acción no puede ejercitarse en contra de personas cuyos recursos no excedan de una cantidad determinada. Los organismos y servicios liquidadores y, en su defecto, el Fondo Nacional de Solidaridad se subrogan en los derechos de los interesados en lo que concierne a las pensiones de alimentos, y pueden recuperar su importe con objeto de pagarlo de nuevo a los beneficiarios, previa deducción de las sumas que les correspondan.

Se crea cerca del Ministro encargado de Asuntos Sociales un Comité Nacional de la Vejez, de Francia, compuesto de representantes de los diversos organismos del Seguro de Vejez, de representantes del Cuerpo médico especializados en el estudio de los problemas de la geriatría, de especialistas en estudios demográficos y de representantes de las diversas organizaciones familiares, sindicales y de acción social en favor de la vejez.

Financiamiento.

El número de personas que pueden disfrutar del subsidio suplementario se eleva actualmente a más de cuatro millones, y los gastos que ocasiona el pago de este subsidio se calculan para 1956 en 140.000 millones de francos para un año completo. El Gobierno está facultado para promulgar Decretos acordados en Consejo de Ministros, previa consulta con el Consejo de Estado, a fin de aplicar las medidas fiscales previstas en el artículo 1.º de la Ley, cuyo producto se dedica íntegramente al financiamiento del Fondo Nacional de Solidaridad. Estas medidas comprenden, en esencia :

- a) un aumento de un 10 por 100 del impuesto sobre la renta y los beneficios; es decir, la tasa proporcional y la sobretasa progresiva, según ciertas modalidades;
la derogación de la exoneración de los aumentos de alquileres concedida desde 1948 a los propietarios de inmuebles, los cuales deberán incluir en lo sucesivo la totalidad de los alquileres que hayan cobrado en el ingreso bruto para el cálculo de la tasa proporcional y de la sobretasa progresiva;
- b) un aumento de los tipos de sobretasa sobre el alcohol (aplicable igualmente a los depósitos existentes, que sufrirán complementos de imposición);
- c) la creación de una tasa diferencial sobre los automóviles y de una tasa única sobre los vehículos de más de 16 HP.;

- e) un aumento de ciertos derechos del Timbre y del impuesto sobre las operaciones de Bolsa;
- f) la creación de una tasa especial sobre herencias y donaciones superiores a dos millones de francos.

Los recursos puestos de esta manera a disposición del Fondo se repartirán entre los organismos y servicios encargados de asegurar el pago de los subsidios suplementarios y de los aumentos de subsidios previstos por la Ley de 27 de marzo de 1956, ya citada. El importe de las subvenciones pagadas a estos organismos y servicios se determina sobre la base de estadísticas anuales por ellos establecidas, indicando el número de pensiones, retiros, etc., aumentadas, según sea el caso, por el subsidio suplementario, el número de subsidios suplementarios recibidos, etc. El Fondo Nacional puede autorizar anticipos a los servicios y organismos liquidadores dentro de los límites de las previsiones de gastos a efectuar en el curso del trimestre siguiente. En 1956, en el Ministerio de Asuntos Económicos y Financieros, se ha abierto un crédito de 105.000 millones para cubrir los gastos previstos en aplicación de la Ley, a partir de 1.º de abril de 1956.

Control.

El control de la aplicación de la Ley está asegurado por los Ministros encargados de la tutela de los organismos y servicios competentes para la liquidación y el pago de los subsidios suplementarios. Estos ministros están habilitados para prescribir las medidas de control y de reparación que se juzguen necesarias. Por otra parte, los Directores regionales de la Seguridad Social, actuando en nombre del Fondo Nacional de Solidaridad, y a defecto de las organizaciones y servicios liquidadores, podrán pronunciar la suspensión, la revisión o la retirada de los subsidios suplementarios que estimen injustificados. Se previene una derogación de las disposiciones concernientes al sometimiento al secreto profesional de los agentes de las administraciones públicas, y principalmente de las administraciones fiscales, así como de los agentes de los organismos de Seguridad Social por lo que respecta a los informes necesarios para la liquidación de los derechos y para el control del servicio del subsidio suplementario. Los atrasos pagados por error acreditan a los beneficiarios, salvo cuando se trate de fraude, falta de declaración de recursos u omisión de recursos en las declaraciones. Sin embargo, el Fondo Nacional de Solidaridad puede poner a cargo

organismo o del servicio que hubiese procedido a la liquidación de estos subsidios las sumas pagadas por error.

Lo contencioso de la Seguridad Social, tal como resulta de la Ley número 46.239, de 24 de octubre de 1946, con exclusión del procedimiento gratuito previo, es aplicable a las reclamaciones relativas a la concesión, a la denegación, a la suspensión o a la revisión del subsidio suplementario. El Ministro de Asuntos Sociales y los Directores regionales de la Seguridad Social, procediendo por cuenta del Fondo Nacional de Solidaridad, están autorizados a intervenir, ante todas las jurisdicciones y en cualquier estado en que se halle el procedimiento, en cuantos asuntos se refieran a la concesión del subsidio suplementario.

Código de Seguridad Social.

El "Boletín Oficial de la República Francesa" ha publicado un Decreto del Ministerio de Asuntos Sociales unificando todas las disposiciones legales de la Seguridad Social. El nuevo Código de Seguridad social comprende 768 artículos, y abarca 100 páginas del "Boletín Oficial".

La Seguridad Social del Clero.

La Mutualidad San Martín, obra de seguridad del clero de Francia, cubre todos los riesgos de Seguridad Social de los sacerdotes seculares, teniendo en cuenta su situación personal y su vocación.

Actualmente, 81 diócesis francesas, con 35.000 sacerdotes, de 43.000, están afiliadas. Dos secciones especiales comenzarán a funcionar próximamente: la una, para los jóvenes seminaristas que se proponen estudiar en Roma, y la otra, para los sacerdotes afiliados al Vicariato de la Armada.

La Mutual aspira a cubrir los riesgos de los alumnos de los Seminarios mayores, de los seminaristas de vocación tardía y de seminaristas extranjeros destinados a una diócesis francesa.

GRAN BRETAÑA**Recomendaciones de la Comisión Asesora del Seguro Nacional sobre cotizaciones de los asegurados.**

La Comisión Asesora del Seguro Nacional ha sometido en el mes de octubre próximo pasado al Ministerio de Pensiones el informe sobre la primera revisión quinquenal del régimen de dicho Seguro en lo concerniente a cotizaciones de los asegurados, habiendo recomendado, entre otras cosas, que los asegurados enfermos o en situación de paro forzoso que no cuenten con 156 cuotas satisfechas deben ser autorizados a ingresar cotizaciones de la clase 3, correspondientes a personas desempleadas, y computarse aquéllas a efectos de sus pensiones de retiro y de las pensiones de viudedad de las esposas de dichos asegurados. Asimismo, recomienda que debe autorizarse a toda mujer divorciada para sustituir las cotizaciones pagadas por su marido, a efectos de conceder a la misma el derecho a la pensión máxima de retiro.

Entra en vigor el Convenio de Ginebra de 1951 sobre beneficios sociales a refugiados.

En virtud de Real orden de 31 de octubre último, han entrado en vigor en el territorio de la Gran Bretaña algunas estipulaciones de Convenio sobre personas refugiadas, firmado en Ginebra el 28 de julio de 1951, por lo que se concederán a dichas personas las prestaciones del régimen de Subsidios familiares, las del Seguro Nacional y los beneficios de la legislación de accidentes del trabajo en la industria.

Datos definitivos del régimen de Subsidios familiares para 1955.

Al finalizar el año 1955, aproximadamente 3.250.000 familias, que contaban con unos 8.250.000 niños a su cargo, percibían Subsidios familiares, a razón de ocho chelines semanales por cada hijo, a partir del segundo. Al comenzar dicho año, un 64 por 100 de las familias contaba con dos hijos con derecho al subsidio, ascendiendo a 43.750.000 libras el total importe que las mismas percibieron por dicho concepto. El 23,5 por 100 tenía tres hijos menores a su cargo, cuyos subsidios

importaron 32 millones de libras. El 8 por 100 de dichas familias tenía cuatro hijos menores, totalizando 16,5 millones de libras, y el 4,5 por 100 restante tenía cinco o más hijos, a cuya categoría le fueron abonadas 14 millones de libras por Subsidios familiares.

Sanciones por contravención de la legislación del Seguro Nacional en 1955.

Los expedientes incoados durante el año 1955 por uso indebido de estampillas de cotización del Seguro Nacional suman un total de 320, mientras que en 1954 sólo se instruyeron 243 expedientes por causas análogas. Asimismo, los procedimientos judiciales motivados por falta de pago de las cotizaciones totalizaron 4.662 casos. Por otra parte, el Ministerio de Pensiones y Seguro Nacional demandó a 1.014 personas por faltas cometidas con motivo de obtener indebidamente prestaciones del Seguro, habiéndose comprobado la existencia de culpabilidad en 976 casos.

Situación financiera del Seguro Nacional.

El informe del Ministerio de Pensiones y Seguro Nacional referido a 1955, y publicado el 2 de agosto de 1956, contiene los siguientes datos: en el ejercicio terminado en 31 de marzo de 1955 los ingresos de la Caja del Seguro Nacional ascendían a 612 millones de libras, de los que unos 489 millones de libras procedían de empresarios y personas aseguradas, y 71 millones de libras aportados por el Tesoro, mientras que 51.500.000 libras procedían de inversiones de esta Caja y de los fondos de reserva.

Los pagos efectuados ascendían a 567 millones de libras, de los que 496.500.000 libras correspondían a prestaciones, más de 40 millones al Servicio Nacional de Salud y 26.500.000 libras a gastos de administración.

Número de cotizantes en el Seguro Nacional.

El número de cotizantes en el Seguro Nacional en 31 de marzo ascendía a casi 23.750.000, de los cuales más de 16 millones eran hombres. Aproximadamente, 21.750.000 contribuyentes al Seguro estaban empleados, y cerca de millón y medio trabajaban por cuenta propia. Finalmente, de aquel total de cotizantes, algo más de medio millón no figuraban como empleados.

IRLANDA

Elevación de la cotización obrero-patronal por Seguros sociales.

A partir del 3 de septiembre de 1956, las cotizaciones semanales por Seguros sociales han sido elevadas con arreglo al cuadro siguiente:

CLASE DE COTIZACION	Cotización total		A cargo del patrono		A cargo del trabajador	
	ch.	p.	ch.	p.	ch.	p.
Tarifa ordinaria:						
Hombre...	5	6	2	9	2	6
Mujer...	4	1	2	5	1	6
Empleo en la agricultura:						
Hombre...	3	2	1	7	1	6
Mujer...	2	6	1	7	1	6
Trabajos del mar o a la intemperie:						
Mujeres trabajadoras, especialmente en el servicio doméstico...	2	6	1	7	1	6

La nueva tarifa semanal de cotizaciones a cargo de los asegurados voluntarios asciende a dos chelines.

Nuevas prestaciones por maternidad, viudedad, invalidez y paro.

Las prestaciones por maternidad, invalidez y paro normal han sido aumentadas desde el día 3 de septiembre de 1956, y las de viudedad desde el 7 del mismo mes, según se relaciona a continuación:

CLASE DE PRESTACION	Tarifa semanal	Aumento por adulto dependiente	Aumento por hijos a cargo
Invalidez y paro.			
a) Personas mayores de dieciocho años:			
A un hombre, una mujer soltera o viuda, una mujer casada y separada de su marido y sin ayuda económica de éste, o mujer casada con derecho al aumento por hijos o por marido...	30 ch.	15 ch.	8 ch.
A cualquier otra mujer casada.	22 ch. 6 p.	—	—
b) Personas de menos de dieciocho años:			
A una persona con derecho al aumento por menores o un adulto a su cargo...	30 ch.	15 ch.	8 ch.
A una persona sin este derecho.	22 " 6 p.	—	—
Maternidad...	30 "	—	—
Viudedad...	30 "	—	8 ch.

Aumento de las tarifas de cotización del Seguro de Paro Intermitente.

El 18 de agosto del corriente año ha sido aprobada una Ley que modifica las tarifas de cotización del Seguro de Paro Intermitente, aplicables a los trabajadores manuales protegidos por dicho Seguro. En consecuencia, se aumentan las cuotas semanales en las cuantías siguientes: por cada trabajador especializado, de un chelín cuatro peniques, a dos chelines cuatro peniques; por un trabajador indiferenciado, de un chelín un penique, a un chelín 10 peniques, y por cada aprendiz, las cuotas pasan a ser de cuatro a seis peniques semanales.

Estas nuevas tarifas han entrado en vigor desde el día 2 de septiembre último.

**Nuevas tarifas de indemnizaciones
por incapacidad o muerte por acci-
dente.**

La Ley núm. 16, de 1955, sobre indemnización a trabajadores, modifica la indemnización que el empleador debe satisfacer al trabajador en casos de incapacidad o muerte por accidente del trabajo, lo mismo si se trata de un trabajador manual como si no es manual.

Tarifas de indemnización.—La indemnización semanal máxima en casos de incapacidad total o parcial por accidentes ocurridos antes o después de la aprobación de dicha Ley ha sido elevada de 50 a 90 cheelines. La suma global máxima en caso de muerte pagada a los derechohabientes adultos es equivalente a tres años de salario o 900 libras (antes se pagaban 600 libras), y la cantidad mínima es de 600 libras (anteriormente 400 libras). Cuando los supervivientes son menores de edad, o adultos y menores, que hubieran estado a cargo del trabajador fallecido, la indemnización se eleva de 1.200 a 1.800 libras, como tope máximo, y de 400 a 600 libras, como límite mínimo.

Tiempo de espera.—La indemnización se paga por los tres primeros días de incapacidad, cuando ésta dura, al menos, dos semanas; anteriormente, este período era de cuatro semanas.

Commutación del pago semanal por una suma global.—Pasados dos años de realizarse pagos semanales por incapacidad total, el trabajador incapacitado puede solicitar la permuta de dichos pagos por una suma global, que no debe exceder del costo de una renta vitalicia inmediata igual al 75 por 100 del valor anual del pago semanal.

ITALIA

Aumento de los Subsidios familiares.

Se ha dispuesto el aumento de los Subsidios familiares para el cónyuge y los hijos en los sectores de la industria, del comercio y de las profesiones y artes. Las nuevas medidas de los Subsidios familiares encontrarán aplicación tanto a favor de los trabajadores empleados como de los obreros, y se aplicarán a partir de 1 de abril de 1956.

La tabla aumentada es la siguiente:

BENEFICIARIOS	Subsidio diario	Subsidio semanal	Subsidio mensual
	(en liras)		
Hijos y asimilados...	167	1.002	4.342
Cónyuge...	116	696	3.016

Para hacer frente al aumento en el subsidio se eleva la cuota satisfecha por la Empresa en el sector de la industria en 1,40 por 100, lo que hace que la cuota total quede elevada al 32,80 por 100. En los otros sectores, en cambio, la cuota permanece la misma.

Cotización por Subsidios familiares en el sector de Seguros.

El Ministro de Trabajo y de la Previsión Social ha autorizado la aplicación anticipada del proveimiento de Ley con el que teniendo en cuenta la marcha favorable de la gestión de Subsidios familiares en el sector del Seguro se dispone la anulación del aumento de la cuota del 3,20 por 100 que debía aplicarse a partir de 1 de enero de 1956. La cuota en este sector permanece así fijada en la cuantía del 16,50 de la retribución bruta.

Variaciones en el coste de vida.

Se toma como base el coste de vida en 1938 = 1.

CONCEPTOS	Media			Variación media 1955 sobre media 1954
	1953	1954	1955	
Alimentación...	68,80	68,75	70,59	+ 2,7
Vestido...	62,24	63,08	62,87	- 0,3
Electricidad y combustible...	40,21	40,74	40,75	11
Vivienda...	17,20	18,26	20,88	+ 14,3
Varios...	55,49	56,40	57,64	+ 2,2

Prevención de accidentes en la construcción.

Por el Decreto de 7 de enero de 1956 (G. U. 31 de marzo de 1956) se ha dictado la nueva norma para la prevención de los accidentes de trabajo en la construcción. El Decreto en cuestión, que deroga el Reglamento especial vigente hasta ahora en la materia, establece precisas medidas peculiares de la actividad a que se refiere y que comporta la existencia de riesgos del todo característicos. Entró en vigor el 1 de abril de 1956.

Congreso sobre cotización unificada en agricultura.

El 8 de marzo de 1956 tuvo lugar en Roma un Congreso con este motivo por iniciativa del Instituto de Estudios Parlamentarios. Asistieron parlamentarios, funcionarios, doctrinarios, técnicos y representantes de las categorías profesionales interesadas. Del conjunto de discusiones se ha concluido que, pese a algunas diferencias, el sistema actual responde suficientemente al fin propuesto, y que, antes de introducir nuevas modificaciones, habrá que adoptar cautelas técnicas. Se ha constituido una Comisión de estudio para la formulación de propuestas concretas.

Congreso Internacional de Dietética.

En el "Palazzo dei Congressi" del E. U. R. tuvo lugar en Roma, del 10 al 14 de septiembre de 1956, bajo la presidencia del Alto Comisariado para la Higiene y la Sanidad Pública, el Congreso Internacional de Dietética.

Los principales temas de la agenda del Congreso son:

1. Recientes desarrollos de la investigación aplicada a la mejora de la nutrición humana.
2. Principios y problemas conexos con la alimentación de grandes masas sociales.
3. La importancia del factor educativo para la mejora de la nutrición humana.

NORUEGA

Nueva Ley sobre el Seguro de Enfermedad.

El 2 de julio de 1956 entró en vigor en Noruega una nueva Ley sobre el Seguro de Enfermedad, que fué promulgada el 2 de marzo de 1956.

La Ley, que deroga la anterior de 6 de junio de 1930, contiene cierto número de nuevas disposiciones, que se resumen a continuación:

Extensión del Seguro obligatorio al conjunto de la población.

Con anterioridad a la Ley, sólo las personas empleadas estaban obligatoriamente cubiertas por el régimen del Seguro de Enfermedad, en tanto que las demás podían asegurarse voluntariamente. De conformidad con la nueva Ley, el Seguro es obligatorio para todos los residentes, con excepción de los extranjeros empleados por Gobiernos extranjeros, los extranjeros al servicio de tales personas y aquellos que estuviesen asegurados por legislaciones extranjeras durante su permanencia en Noruega.

Como quiera que cerca del 90 por 100 de la población total estaba anteriormente asegurada voluntaria u obligatoriamente, los efectos prácticos de la nueva Ley se limitan a extender los beneficios al otro 10 por 100.

Introducción de prestaciones básicas diarias en efectivo durante la hospitalización.

Anteriormente, las prestaciones básicas en efectivo quedaban interrumpidas durante la hospitalización, pero seguían pagándose prestaciones ligeramente aumentadas a las personas a cargo. Según la nueva Ley, se pagará una tercera parte de las prestaciones básicas diarias en efectivo durante la permanencia en un hospital o casa de maternidad a todas las personas aseguradas para recibir prestaciones en efectivo; por otra parte, los suplementos para los dependientes, establecidos por la Ley anterior, se han reducido ligeramente.

"Dependientes" que deberán ser asegurados por derecho propio.

De conformidad con la Ley anterior, los hijos e hijos adoptivos menores de dieciséis años, los inválidos menores de dieciséis años y la esposa y los padres de la persona asegurada estaban indirectamente

asegurados como personas a cargo, a condición de que fuesen mantenidos por la persona directamente asegurada. En virtud de la nueva Ley sólo los hijos menores de dieciocho años y las esposas dependientes están asegurados como "miembros de la familia", mientras que los demás dependientes tienen que asegurarse por derecho propio.

Prestaciones de enfermedad en efectivo para los empleados públicos.

Los empleados públicos, a los cuales se garantizaban tres meses de salario, como mínimo, durante una enfermedad, no tenían derecho a prestaciones por enfermedad en efectivo según la Ley anterior; la nueva Ley dispone el pago de prestaciones en efectivo por enfermedad después de transcurrido el período de tres meses, durante el cual se pagó el salario completo.

Régimen especial para pescadores matriculados.

La nueva Ley ha eliminado varias diferencias que anteriormente distinguían el régimen especial para pescadores matriculados del régimen general. La modificación más importante consiste en que el período de espera para recibir las prestaciones del Seguro de Enfermedad que anteriormente era de catorce días, ha quedado reducido a tres, igual que en el régimen general. Además, las cotizaciones de los pescadores se pagaban anteriormente por años, y según la nueva Ley deberán pagarse semanalmente; la Ley contiene una cláusula que prevé la exención del pago durante los períodos de enfermedad.

SUIZA

Conferencia Nacional Suiza sobre temas sociales.

Bajo la presidencia de la primera autoridad local, y con asistencia de dos representantes de la República Federal Alemana, invitados además a los de las diferentes instituciones suizas participantes, se ha celebrado en Zurich una Conferencia de carácter nacional para tratar de los temas sociales de actualidad. Sus tareas se iniciaron el 12 de noviembre, y se desarrollaron a lo largo de varias sesiones.

Los delegados alemanes expusieron los resultados de la Conferencia Internacional sobre temas sociales celebrada en Munich en agosto pasado, y en la que participaron 50 países, Suiza entre ellos. En ella

consideraron los problemas planteados por la repercusión en la vida moderna por los últimos adelantos científicos y técnicos, y fué una de las principales realizaciones la redacción de una Carta Magna de la familia, destinada a asegurar y fortalecer la amenazada existencia de la institución.

Después de estudiar las diversas cuestiones que afectan a las instituciones suizas, oficiales y privadas, de protección y tutela, expuestos desde distintos puntos de vista y tras amplia y objetiva discusión, se llegó a la conclusión de establecer una Comisión de estudios encargada de trabajar a la creación de un fondo completo de documentación suiza que sirva de base en el futuro para propuestas a las autoridades competentes y para orientar a la opinión pública.

La tuberculosis no está vencida.

En determinado Municipio próximo a Basilea se ha dado el triste caso de que un total de 65 niños —el 80 por 100 de los alumnos de una escuela— han dado reacción tuberculosa positiva al realizarse entre ellos una investigación médica. La causa resultó ser que uno de sus maestros era portador de bacilos.

A consecuencia de este contagio en masa, 20 niños han tenido que ser hospitalizados en sanatorios antituberculosos. En una familia con cinco hijos, tres de ellos figuran entre los seriamente afectados.

Ello pone de relieve la importancia de la obligatoriedad de un reconocimiento periódico de escolares y profesores, medida establecida en Suiza en 1949, y derogada hace dos años ante las presiones ejercidas por determinados grupos, que ahora resultan responsables del desastre sufrido y de otros que indudablemente se habrán producido, aunque, quizá por alcanzar menor volumen, no hayan tenido tanta resonancia.

Severas sanciones a defraudadores de las Cajas de Seguro de Enfermedad.

Los Tribunales de Zurich han dictado sentencia contra un médico, un farmacéutico y sus respectivas ayudantes, con lo que de manera definitiva y terminante se condenan las "recetas clandestinas", expedidas al perjuicio de las Cajas de Seguro de Enfermedad.

En el caso juzgado, el médico extendió una receta a favor de un asegurado para que le fuera despachada determinada especialidad farmacéutica; pero, clandestinamente, se había puesto de acuerdo con el farmacéutico, mediando las respectivas ayudantes, para que en lugar del medicamento señalado, fuera entregado otro no admitido en los petitorios de la Caja.

Las penas impuestas han sido de importantes multas a todos los complicados, si bien el fiscal solicitaba además la de tres días de prisión para el médico.

III.- LEGISLACION

NICARAGUA

PODER EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUBRIDAD PÚBLICA

Reglamento General de la Ley Orgánica de Seguridad Social.

El Presidente de la República, en uso de sus facultades,

DECRETA :

ARTÍCULO 1.º Se aprueba y adopta como del Poder Ejecutivo el Decreto que literalmente dice: «Número uno.—El Consejo Directivo del Instituto Nacional de Seguridad Social, en uso de las facultades que le confieren los artículos 45, ordinal c); 53, ordinales a), b), c) y d); 65, 68, 73, 80, 82, 88, 90, 94, 101, 105 y 108 de la Ley Orgánica de Seguridad Social,

Decreta el siguiente Reglamento :

TITULO PRIMERO

Del campo de aplicación.

CAPITULO PRIMERO

De los patronos.

ARTÍCULO 1.º Patrono es la persona natural o jurídica, de derecho público o privado, que por cuenta propia o ajena tiene a su cargo la explotación de una empresa o faena de cualquier naturaleza o importancia, persiga o no fines de lucro, en que trabaje un número cualquiera de obreros o empleados, bajo su dependencia directa o indirecta, en virtud de un contrato de trabajo expreso o tácito, o de haberse escogido para el desempeño de un empleo o cargo ya por determinación de una sola persona o por la de un Cuerpo cole-

giado. Así, a título enumerativo, no limitativo, son patronos si utilizan los servicios de trabajadores:

- a) Las personas físicas o individuales;
- b) Las Asociaciones culturales, gremiales, mutuales, deportivas, recreativas o de esparcimiento y, en general, cualesquiera que sean sus fines;
- c) Las Entidades particulares o privadas creadas con fines caritativos, asistenciales, benéficos, religiosos u otros análogos;
- d) Las Sociedades civiles y las mercantiles en general;
- e) Las Asociaciones o Sociedades de hecho, y
- f) El Estado, las Instituciones públicas, las municipalidades y los entes autónomos.

ART. 2.º Se considera patrono al contratista que contrate trabajos para ejecutarlos con elementos propios. Para ser contratista, se requerirá estar registrado en el Instituto Nacional de Seguridad Social, previa rendición de las garantías que se consideren necesarias, conforme normas que dicte el Consejo Directivo. El que hiciese ejecutar la obra por medio de alguien que no fuere contratista inscrito responderá, ante el Instituto Nacional de Seguridad Social, por las obligaciones establecidas por la Ley, y en especial por el pago de las contribuciones del patrono y de los trabajadores correspondientes.

ART. 3.º Para los efectos de la Ley, no se considera patrono el intermediario, o sea, el agente que en nombre de un patrono contrata los servicios de otro para ejecutar algún trabajo en beneficio de dicho patrono.

ART. 4.º Los trabajadores comprendidos en el artículo anterior serán considerados como asegurados afectos al régimen obligatorio, dependientes del patrono.

CAPITULO II

De los asegurados del régimen obligatorio.

ART. 5.º Están comprendidos en el régimen del Seguro Social Obligatorio todas las personas que se encuentren vinculadas a otra, natural o jurídica, por un contrato de trabajo, expreso o tácito, o por nombramiento, sin distinción de sexo, nacionalidad, actividad profesional ni clase de patrono. En consecuencia, y en vía de ejemplo, son asegurados:

- a) Los servidores del Estado y sus Instituciones, inclusive los que presten servicios en la construcción de obras públicas y en actividades similares, que sean remunerados mediante sueldos o salarios imputables a presupuesto fiscal o municipal o en virtud de nombramiento emanado del Poder público ;
- b) Los empleados privados, inclusive los gerentes, apoderados y otros representantes de Sociedades, Empresas o Entidades de derecho privado, siempre que devenguen alguna remuneración en el desempeño de su cargo ;
- c) Los capitanes, oficiales, empleados y tripulantes de la Marina mercante nacional y de la Aviación civil ;
- d) Los obreros en general ;
- e) Los trabajadores agrícolas, forestales o pecuarios, esto es, los que desarrollan sus labores en las faenas agrícolas, industrias bananeras, azucareras, cafetaleras y ganaderas o forestales a la orden de un patrono, sea éste el dueño de la finca o su arrendatario o colono ;
- f) Los trabajadores a domicilio, esto es, quienes ejecuten sus labores conforme sus capacidades físicas, fuera de la dirección o vigilancia inmediata del patrono, en su propio hogar, taller de familia o en lugares que ellos escojan libremente por cuenta de uno o varios patronos, se les suministren o no los materiales y útiles y cualquiera que sea la forma de fijación del salario ;
- g) Los aprendices, aunque no perciban salario o lo perciban en dinero o en especie ;
- h) Los servidores domésticos, considerándose como tales los que, sin distinción de sexo, se dedican en forma habitual y continua a las labores de aseo, asistencia o servicio en domicilio particular u otro lugar de residencia o habitación, y por cuenta del jefe de familia, que no importen lucro o negocio para el patrono.

ART. 6.º Quedan exentos de la afiliación al régimen obligatorio :

-) Los menores de catorce años de edad y las personas que al ingresar por primera vez al servicio de un patrono, sujeto a la obligación de inscribir a sus trabajadores en el Seguro Social, hubiesen cumplido sesenta años de edad, aunque se encuentren trabajando al iniciarse la aplicación de la presente Ley ;

- b) El cónyuge, los padres y los hijos del patrono que trabajen por cuenta de éste como trabajadores familiares no remunerados ;
- c) Los miembros de las Fuerzas Armadas de la Nación ;
- d) Las personas que presten servicios a los miembros de las Misiones diplomáticas acreditadas en el país, así como los empleados de los Organismos o Misiones internacionales domiciliados en el país, y
- e) El personal diplomático y consular nicaragüense residente en el exterior.

ART. 7.º Las excepciones previstas en el artículo anterior se resolverán de acuerdo con las siguientes reglas :

- a) La que se fundamenta en la minoría o en el límite de edad con la partida de nacimiento, y a falta de ésta, con la fe de bautismo o con la comprobación médica de la edad fisiológica ;
- b) La que se fundamenta en la vinculación familiar como trabajadores familiares no remunerados, con las partidas de nacimiento y/o de matrimonio, en su caso, o por la comprobación del concubinato en los términos señalados por la Ley ;
- c) La que se fundamenta en la calidad de ser miembro de las Fuerzas Armadas de la Nación, por medio de documentación emanada de los Organismos respectivos ;
- d) La que se fundamenta en la calidad de prestar servicios en Misiones diplomáticas, Organismos y Misiones internacionales acreditadas en el país, por medio de una constancia extendida por el Jefe de la Misión u Organismo ;
- e) La que se fundamenta en la calidad de personal diplomático y consular nicaragüense residente en el exterior, por medio de una constancia extendida por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

ART. 8.º Para el solo efecto del régimen del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, quedan exceptuadas de la obligatoriedad del Seguro las siguientes categorías :

- a) Los trabajadores domésticos ;
- b) Los trabajadores a domicilio ;
- c) Los trabajadores de cualquier otra actividad que estén al ser-

icio de patronos que empleen menos de cinco trabajadores en forma permanente.

CAPITULO III

De los asegurados del régimen facultativo.

ART. 9.º Podrán inscribirse voluntariamente en el régimen facultativo:

- a) Los profesionales, artesanos y demás trabajadores independientes;
- b) Los asegurados del régimen obligatorio que dejen de serlo;
- c) Los patronos, y
- d) Los miembros de la familia del patrono mencionados en el ordinal b) del artículo 6.º, que estén ocupados en la Empresa de éste sin percibir remuneración.

ART. 10. La afiliación podrá solicitarse para todos o determinados riesgos de los que cubre el Seguro Social.

ART. 11. Para la afiliación facultativa al Seguro Social de Enfermedad, Maternidad e Invalidez, los interesados deberán acreditar, mediante un examen médico efectuado por el funcionario correspondiente de la División Médica, que no sufren enfermedades o lesiones que influyan en forma apreciable en las condiciones de su salud o en su capacidad de trabajo. Este requisito no es exigible a los asegurados que, acreditando un mínimo de veintiséis cotizaciones en el último año, pasen al régimen facultativo dentro de los seis meses siguientes a su cese en el trabajo.

ART. 12. El asegurado declarará, en el momento de solicitar su inscripción, el monto de su remuneración semanal promedio y la actividad económica a que se dedica. La cantidad declarada servirá de base para el pago de la cotización semanal, pero en ningún caso esta será menor de la que determine el Instituto. El Instituto comprobará la exactitud de las declaraciones formuladas por asegurados.

CAPITULO IV

De la inscripción patronal.

ART. 13. Los patronos que empleen trabajadores comprendidos en el régimen obligatorio deberán inscribirse dentro del plazo de ocho días siguientes a la fecha de iniciación de su actividad, sumi-

nistrando la información que solicite el Instituto en la «Cédula de Inscripción Patronal» que se les proporcionará para este efecto.

ART. 14. La «Cédula de Inscripción Patronal» contendrá todos los datos que el Instituto juzgue necesarios para la formación de sus registros, como nombre o razón social, actividad económica, dirección, número de trabajadores, monto de sueldos o salarios y, en su caso, área de la explotación agrícola o clase de cultivo, o área de la construcción proyectada, ubicación de la obra e inversión calculada.

ART. 15. Si una misma persona es patrono de dos o más Empresas de naturaleza, actividad y/o fines distintos, debe inscribirse en cada caso como patrono separado, aunque la administración sea común para dichas Empresas. Sin embargo, puede hacerse una sola inscripción siempre que así lo acuerden la Dirección General del Instituto y el patrono respectivo, que se trate de casos de excepción y que la medida redunde en la mejor administración del régimen de Seguridad Social.

ART. 16. Los patronos, además de su primera inscripción, están obligados a comunicar al Instituto los cambios de giro, traspasos, arrendamientos, fusión de negocios, liquidaciones, traslados de domicilio, suspensión de la actividad y cualquier otro hecho de naturaleza análoga, dentro de los ocho días de su realización.

ART. 17. El Instituto asignará a cada uno de los patronos inscritos un número patronal, y le entregará una tarjeta de identificación, que contendrá, entre otros, los siguientes datos:

- a) Número de registro patronal;
- b) Nombre del patrono o razón social;
- c) Actividad económica;
- d) Ubicación, y
- e) Lugar y fecha de la expedición de la tarjeta.

ART. 18. El patrono deberá consignar su número de registro en todos y cada uno de los documentos que en lo sucesivo presente al Instituto.

ART. 19. En caso de sustitución de patrono, el sustituto será solidariamente responsable con el sustituido de las obligaciones derivadas de la Ley, originadas durante los dos meses anteriores a la fecha en que se diese aviso del cambio. Esta solidaridad caducará en el término de seis meses, contados desde la fecha de la transferencia, concluidos los cuales, cada uno de los patronos responderá

ante el Instituto por las obligaciones impuestas por la Ley, durante el período de sus respectivas gestiones.

ART. 20. Los oficiales pagadores, cajeros y demás funcionarios empleados que tengan a su cargo la gestión económica y el pago de sueldos y salarios de los trabajadores del Estado, Municipalidades, Entes autónomos y demás Entidades de derecho público, serán responsables del cumplimiento de las disposiciones que la Ley y el presente Reglamento imponen a los patronos en lo que se refiere a la inscripción, a la recaudación y entero de las cotizaciones y al suministro de los documentos necesarios para la aplicación del Seguro.

CAPITULO V

De la inscripción de los trabajadores.

ART. 21. La inscripción de los trabajadores se hará por medio de cédulas que el Instituto entregará a los patronos. La «Cédula de inscripción del Asegurado» contendrá los datos personales y de trabajo que el Instituto estime necesarios.

ART. 22. Para la inscripción de los trabajadores, los patronos entregarán al Instituto las cédulas de inscripción de los asegurados obligatorios con una nómina de ellos en duplicado, una de las cuales se les devolverá firmada, como comprobante de la entrega.

ART. 23. La inscripción de los trabajadores se solicitará en el término de ocho días, contados a partir de la fecha del ingreso al trabajo.

ART. 24. Los trabajadores están obligados a proporcionar a los patronos los datos necesarios para el cumplimiento de las disposiciones establecidas en este Reglamento, y su negativa no exime a éstos a los patronos de la obligación de pagar las cotizaciones.

ART. 25. A cada uno de los trabajadores inscritos, el Instituto le asignará un número de registro y le entregará, por conducto de su correspondiente patrono, una tarjeta de identificación con su fotografía, que contendrá los datos personales que el Instituto determine.

ART. 26. En caso de pérdida o deterioro de la tarjeta de identificación, el asegurado podrá solicitar la extensión de un duplicado mediante el pago de su precio de costo.

ART. 27. La cónyuge del asegurado recibirá del Instituto una tarjeta de beneficiaria, previa presentación del certificado de matrimonio.

ART. 28. La tarjeta de beneficiaria se extenderá a nombre de la concubina, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- a) Que ella y el asegurado hayan hecho vida marital durante más de cinco años continuos;
- b) Que ninguno de ellos sea casado;
- c) Que la concubina dependa económicamente del asegurado.

Los indicados requisitos deberán acreditarse por medio de investigación llevada a cabo por Inspectores o Visitadoras sociales del Instituto. De su resultado se levantará acta, que suscribirán los propios interesados, dos testigos y el funcionario que efectuó la investigación.

CAPITULO VI

De los sueldos y salarios afectos.

ART. 29. Para los efectos del Seguro Social, se tendrá por sueldo o salario la remuneración total, en dinero y en especie, que pague el patrono, con inclusión de los pagos de horas extras, comisiones y gratificaciones, participaciones en beneficios, vacaciones u otros conceptos, cualquiera que sea el período de pago establecido.

ART. 30. El Consejo Directivo del Instituto, de acuerdo con las condiciones generales de las actividades económicas y las particulares de las diferentes regiones, determinará la cuantía de los sueldos o salarios en especie.

ART. 31. Para la determinación de las remuneraciones afectas a cotización se tendrán en cuenta las siguientes reglas:

- a) En caso de que un asegurado perciba una remuneración variable, el cálculo de la cotización se efectuará sobre el importe que resulte de distribuir el monto de la remuneración entre el número de semanas que comprenda el período durante el cual ganó dicha remuneración;
- b) En caso de que un asegurado perciba una remuneración fija y otra variable, se considerará para el pago oportuno de la cotización semanal la parte fija, y se procederá, para la parte variable, en la forma establecida en el inciso anterior;
- c) Cuando un asegurado perciba una remuneración variable, liquidable en períodos mayores de un mes, a cuenta de la cual se le hagan abonos periódicos, se aplicará para el

- el pago de la cotización el procedimiento prescrito en el inciso b), y
- d) Las gratificaciones, aguinaldos y pagos extraordinarios análogos se considerarán, para el pago de las cotizaciones, conforme a las normas prescritas para las remuneraciones variables.

ART. 32. El Instituto está facultado para calcular el monto de cotizaciones que no se paguen oportunamente.

TITULO II

De los recursos económicos, financieros e inversiones.

CAPITULO PRIMERO

De los recursos.

ART. 33. El Instituto financiará los beneficios que contempla la Ley Orgánica y los gastos que demande su aplicación con los siguientes recursos :

- a) El producto de las cotizaciones de los asegurados y patronos ;
- b) El producto de las cotizaciones de los asegurados del régimen facultativo ;
- c) El producto de las cotizaciones de los pensionados por el Instituto, para continuar recibiendo las prestaciones en especie de enfermedad ;
- d) El aporte del Estado ;
- e) El producto de la contribución patronal del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales ;
- f) El producto de las multas y recargos que cobre el Instituto en conformidad con la Ley y sus Reglamentos ;
- g) El producto líquido de las operaciones financieras que se efectúen sobre bienes del Instituto, tales como arriendos, ventas y enajenaciones de bienes, muebles e inmuebles, etc., y contratación de empréstitos, y
- h) Los bienes que adquiera a título de donación, herencia o legado, así como las rentas provenientes de los mismos y cualquier otro ingreso que pudiera percibir el Instituto.

ART. 34. Las cotizaciones sobre los sueldos y salarios para la cobertura de los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte del régimen obligatorio serán inicialmente las siguientes: 4 por 100, el asegurado ; 8 por 100, el patrono, y 4 por 100, el Estado.

ART. 35. El Consejo Directivo del Instituto fijará la tasa conforme a la cual cotizarán los asegurados del régimen facultativo, de acuerdo con la naturaleza del Seguro al cual se acojan.

CAPITULO II

De las cotizaciones y su forma de pago.

ART. 36. Para los efectos de la Ley Orgánica y del presente Reglamento, los sueldos y salarios se considerarán clasificados por categorías, según la siguiente tabla:

Categorías	Salario semanal		Salario mensual		Promedio semanal
	Pesos		Pesos		Pesos
I... ..	hasta	30	hasta	130	18
II... ..	30,01 a	48	130,01 a	208	39
III... ..	48,01 a	66	208,01 a	286	57
IV... ..	66,01 a	84	286,01 a	364	75
V... ..	84,01 a	108	364,01 a	468	96
VI... ..	108,01 a	144	468,01 a	624	126
VII... ..	144,01 a	198	624,01 a	858	171
VIII... ..	198,01 a	270	858,01 a	1.170	234
IX... ..	270,01 a	360	1.170,01 a	1.560	315
X... ..	360,01 a	456	1.560,01 a	1.976	408
XI... ..	456,01 a	558	1.976,01 a	2.418	507
XII... ..	558,01 y más		2.418,01 y más		618

ART. 37. Las cotizaciones de asegurados y patronos se pagarán por períodos semanales, según sea la categoría del sueldo o salario, en conformidad con la siguiente tabla:

Categorías	Cotización de trabajadores	Cotización patronal	Total de la cotización
	Pesos	Pesos	Pesos
	4 %	8 %	12 %
I... ..	0,72	1,43	2,15
II... ..	1,56	3,14	4,70
III... ..	2,28	4,57	6,85
IV... ..	3,00	6,00	9,00
V... ..	3,84	7,66	11,50
VI... ..	5,04	10,06	15,10
VII... ..	6,84	13,66	20,50
VIII... ..	9,36	18,74	28,10
IX... ..	12,60	25,20	37,80
X... ..	16,32	32,68	49,00
XI... ..	20,28	40,57	60,85
XII... ..	24,72	49,43	74,15

ART. 38. El Estado, en su calidad de patrono, pagará las cotizaciones mediante el sistema de estampillas o el de planillas. El Estado, en su calidad de tal, enterará mensualmente el aporte que le corresponde, para lo cual el Instituto le enviará la respectiva liquidación.

ART. 39. En el caso de remuneración mensual, el pago de las cotizaciones será equivalente a tantas semanales —de la categoría que le corresponda conforme el artículo 37— como sábados tenga el mes.

ART. 40. Las cotizaciones de los aprendices y de las personas retribuidas únicamente en especie serán de cargo exclusivo de los patronos, y por un monto equivalente a la primera categoría.

ART. 41. Para el pago de las cotizaciones se emitirá un tipo de estampilla por cada categoría de remuneración. Sin embargo, el Instituto podrá autorizar a las Empresas que cumplan determinados requisitos, a sustituir las estampillas por la impresión mecánica en las libretas de los respectivos valores.

ART. 42. Las cotizaciones se pagarán por todas las remuneraciones que perciban los trabajadores desde el momento de la iniciación de sus servicios.

ART. 43. Cuando un asegurado preste servicios simultáneamente a varios patronos, cada patrono enterará separadamente la cotización que corresponda al sueldo o salario pagado. En este caso, para el cálculo de los beneficios en dinero, se acumularán los valores que figuren en las libretas del asegurado, correspondientes a los mismos períodos de cotización. Cuando el total de las cotizaciones exceda de la XII categoría, las prestaciones en dinero se otorgarán con base en dicha categoría, y el trabajador podrá reclamar lo que hubiere pagado en exceso de tal límite. La cuota estatal del Estado será igual a lo pagado por el trabajador.

ART. 44. El descuento de las cotizaciones a los asegurados se hará efectivo por el patrono en el momento de cancelarles los sueldos o salarios, y por su importe y por las cotizaciones que a él mismo incumben, deberá adherir las estampillas correspondientes.

ART. 45. La adquisición de estampillas se efectuará únicamente en las oficinas que se designen para su expendido, por medio de guías que servirán de comprobantes de adquisiciones.

ART. 46. Las cotizaciones atrasadas correspondientes a trabajadores que dejaron de prestar servicios, y cuya libreta ya no está en poder del patrono, se pagarán en efectivo o por estampillas, acom-

pañando una nómina en que se especifiquen los datos que permitan acreditar a los asegurados los respectivos valores.

ART. 47. El Instituto llevará por cada asegurado una cuenta individual, en la que se acreditarán las cotizaciones pagadas.

CAPITULO III

De las libretas de cotización.

ART. 48. Las estampillas a que se refiere el capítulo anterior se adherirán a las libretas que el Instituto entregará a los asegurados.

ART. 49. Las estampillas, al ser adheridas en las libretas, se inutilizarán, con indicación del número de registro patronal.

ART. 50. Las libretas las conservará el patrono y las entregará a sus dueños bajo recibo, en los casos de cese en el trabajo o cuando las requieran para solicitar prestaciones.

ART. 51. En los casos de pérdida o deterioro de las libretas, el patrono o el asegurado, en su caso, solicitará la extensión del duplicado correspondiente.

En estos casos se reconocerán las cotizaciones contenidas en la libreta extraviada o destruida, que el Instituto pueda verificar.

ART. 52. Las libretas de cotización son inembargables. Los patronos no podrán retenerlas ni aun en el caso de deuda o falta grave, ni aceptarlas en garantía de obligaciones contraídas por sus dueños.

ART. 53. Los patronos devolverán al Instituto las libretas de los trabajadores que hayan dejado de prestarles servicios.

CAPITULO IV

De las inversiones de las reservas y revisiones actuariales.

ART. 54. Las reservas, cualesquiera que sean sus fines, se invertirán en las mejores condiciones de seguridad, rendimiento y liquidez. En igualdad de condiciones, deberá preferirse la inversión que reporte mayor beneficio social.

ART. 55. Las inversiones deberán hacerse, en lo posible, de acuerdo con el siguiente orden de prioridad:

- a) En las obras que contribuyan directamente al cumplimiento de las finalidades que la Ley fija al Instituto, tales como mejoramiento y edificación de hospitales, centros de aten-

ción médico-rural, edificación para oficinas propias, creación de Escuelas de Enfermeras, Servicio Social, etc. ;

b) En las obras que signifiquen una contribución a la elevación de las condiciones de vida de la población, tales como participación en los programas de vivienda popular, etc., y

c) En otras inversiones que, a la vez que devenguen una utilidad en las mejores condiciones de seguridad y rendimiento, tengan un interés social. Al formular sus planes de inversión, el Instituto deberá tener presente la política de desarrollo económico general de la Nación; determinada por el Ministerio de Economía.

ART. 56. Las inversiones deberán producir el interés fijado en las previsiones financieras.

ART. 57. El Instituto deberá efectuar cada tres años, o antes, si el Consejo Directivo lo estima conveniente, las revisiones anuales de sus previsiones financieras, y ajustar sus ingresos, egresos, distribución de fondos, modificación de contribuciones y demás operaciones conforme los resultados obtenidos.

ART. 58. El Consejo Directivo está facultado para establecer, previo informe del Consejo Técnico, los regímenes de percepción de contribuciones y aportes y de financiación de los beneficios del Instituto.

TITULO III

Del Seguro de Enfermedades no Profesionales y de Maternidad.

CAPITULO PRIMERO

De las enfermedades no profesionales.

ART. 59. En caso de enfermedad no profesional, los asegurados tendrán derecho a las siguientes prestaciones:

- a) Atención médico-quirúrgica general ;
- b) Atención médico-quirúrgica especializada, prestada en los hospitales o en centros de atención médica, a las personas hospitalizadas o no ;
- c) Hospitalización, cuando fuere necesaria ;
- d) Atención dental sin prótesis, salvo la excepción prevista en el artículo 62 del presente capítulo ;

- e) Suministro de los productos farmacéuticos necesarios, y
- f) Un subsidio de enfermedad, en dinero.

ART. 60. La atención médica y médico-hospitalaria se prestará en los casos de una misma enfermedad, hasta por un máximo de veintiséis semanas, prorrogables en los casos individuales resueltos favorablemente por el Consejo Directivo, de acuerdo con la opinión técnica documentada de la División Médica, que deberá producirse necesariamente diez días antes del vencimiento del período fijado.

ART. 61. Para el otorgamiento de las prestaciones en especie se tendrán en cuenta las siguientes reglas:

- a) El asegurado activo o cesante deberá acreditar, por lo menos, cuatro cotizaciones semanales dentro de las nueve semanas anteriores a la fecha en que se solicite la prestación, o, en su defecto, doce cotizaciones semanales en los últimos seis meses calendarios que precedan al mes en que se solicitó la prestación, y
- b) Las semanas subsidiadas de enfermedad o maternidad se considerarán como semanas cotizadas para el efecto del cómputo.

ART. 62. Cuando el facultativo tratante prescriba excepcionalmente la necesidad de suministrar al asegurado prótesis dental como medida necesaria para eliminar su estado mórbido, y esto lo confirme la Dirección de Asistencia Médica, corresponderá al asegurado cubrir el precio de costo del material de la respectiva prótesis.

ART. 63. El subsidio de enfermedad en dinero se otorgará a los asegurados que acrediten un mínimo de doce cotizaciones semanales en los últimos seis meses calendarios que precedan al mes en que se solicitó la prestación.

ART. 64. Los subsidios se concederán por días, con inclusión de domingos y feriados, y se liquidarán por períodos no mayores de siete días.

ART. 65. El subsidio por día de enfermedad será igual al 60 por 100 del promedio de la categoría en que esté incluida la remuneración, salario o sueldo diario que resulte de dividir por 84 el total de las remuneraciones, sueldos o salarios que representen las doce últimas semanas de cotización a que se refiere el artículo 63. La categoría diaria se obtendrá dividiendo por 7 los límites del intervalo y promedio de la categoría semanal establecido en el artículo 36.

ART. 66. El subsidio se otorgará solamente cuando la enferme-

dad produzca incapacidad comprobada para el trabajo por un tiempo superior a tres días, y se pagará excluyendo los tres días mencionados, de acuerdo con lo establecido en el artículo anterior. Para los asegurados cesantes, dicho período de carencia se extiende a los primeros quince días de incapacidad.

ART. 67. El subsidio de enfermedad, de acuerdo con el artículo anterior, será pagado mientras dure la incapacidad y hasta el plazo de veintiséis semanas en el transcurso de doce meses consecutivos, prorrogables en los casos individuales resueltos favorablemente por el Consejo Directivo, previo informe del Consejo Técnico, pero sin que en ningún caso esta prestación pueda exceder de cincuenta y dos semanas.

ART. 68. El subsidio se reducirá a la mitad cuando el asegurado se encuentre hospitalizado y no tenga cónyuge, concubina reconocida o hijos menores de catorce años a su cargo.

ART. 69. El subsidio de enfermedad no se pagará en los casos en que el asegurado haya provocado intencionalmente su lesión o enfermedad, provenga ésta de una reyerta en la que participó voluntariamente o tenga su origen en el uso inmoderado del alcohol o se trate de toxicomanías.

ART. 70. El subsidio de enfermedad se suspenderá:

- a) Tanto tiempo como figure el asegurado en planillas o roles de pago percibiendo una remuneración, ya sea por trabajo efectivo o por variaciones u otros beneficios análogos, y
- b) Cuando no acepte, infrinja o abandone el tratamiento prescrito. Sin embargo, el subsidio de enfermedad se pagará cuando el asegurado se sometiere a tratamiento médico particular; pero en tal caso la declaración de incapacidad para el trabajo, su duración y control de las medidas que se estimen necesarias serán efectuadas exclusivamente por funcionarios de la División Médica del Instituto.

CAPITULO II

De la maternidad.

ART. 71. Las trabajadoras aseguradas tendrán derecho a recibir durante el embarazo, parto o puerperio las siguientes prestaciones:

- a) Atención obstétrica, médica y quirúrgica, prestada en los hospitales o centros de atención médica, y, de ser posible, en el domicilio de la asegurada;

- b) Hospitalización, cuando fuere necesaria ;
- c) Atención dental, sin prótesis, salvo el caso contemplado por el artículo 62 de este Reglamento;
- d) Suministro de los productos farmacéuticos necesarios ;
- e) Subsidio de maternidad, en dinero ;
- f) Subsidio de lactancia en especie o, en su defecto, en dinero ;
- g) Canastilla de maternidad, según especificación que hará la Dirección de Asistencia Médica ;
- h) Atención médico-pediátrica del recién nacido.

ART. 72. Tendrán derecho a las prestaciones de maternidad, las aseguradas que acrediten un número de dieciséis cotizaciones semanales en los nueve meses calendarios que preceden a la presunta fecha del parto. Sin embargo, la asistencia médica prenatal se suministrará a las aseguradas en cualquier tiempo, siempre que reúnan los requisitos prescritos por el artículo 61 de este Reglamento.

ART. 73. La asistencia del parto se hará en el domicilio de la asegurada por obstétrica diplomada o, si fuere necesario, por médico de un establecimiento hospitalario. La División Médica resolverá el género de asistencia que corresponda, de acuerdo con los exámenes prenatales y las indicaciones inmediatas de las obstétricas.

ART. 74. Procederá también la asistencia del parto en clínica u hospital cuando las condiciones sanitarias de la vivienda de la asegurada no permitan que se efectúe en su propio domicilio.

ART. 75. En ningún caso urgente de parto podrá rehusarse la hospitalización de una asegurada que, teniendo expedito su derecho a las prestaciones de maternidad, acuda a los servicios médicos del Instituto.

ART. 76. Las aseguradas deberán acudir a los servicios de maternidad por lo menos a partir del sexto mes del embarazo, para comprobar sus condiciones, recibir las instrucciones relacionadas con la higiene prenatal y señalar la fecha probable del parto ; y cuando no se presentaren oportunamente, se tendrán en cuenta, para el otorgamiento de las prestaciones económicas, las siguientes reglas:

- a) Cuando se presenten dentro de las seis semanas anteriores al parto, el Instituto pagará subsidio prenatal sólo por el tiempo que aun falte para cumplir el descanso, y
- b) Cuando se presenten después del parto, el Instituto abonará subsidio posnatal y de lactancia sólo por los días que falten para cumplir los períodos respectivos.

ART. 77. La fecha señalada por la asegurada para el parto sólo tiene el carácter de presunción, y será la que señalen los servicios médicos que comprueben el embarazo, la que sirva de referencia para el ajuste de los beneficios. Cuando el parto sobrevenga después de la fecha presunta señalada por los servicios médicos, el descanso prenatal será prolongado hasta la fecha verdadera del parto, y, en este caso, la duración del descanso posnatal obligatorio no será reducida del mínimo de las seis semanas previsto por la Ley.

ART. 78. En caso de enfermedad coincidente o derivada del embarazo, parto o puerperio, se prolongará la atención médica, pero no procederá la duplicación de subsidios.

ART. 79. Los casos de embarazos o partos patológicos y sus consecuencias o complicaciones, serán atendidos a partir de la fecha de su comprobación médica, y para todos los fines del Seguro, como casos de enfermedad.

ART. 80. El subsidio por descanso de maternidad será igual al 50 por 100 de la remuneración semanal promedio, calculada en igual forma a la del subsidio de enfermedad, y se otorgará durante las seis semanas anteriores y las seis posteriores al parto, siempre que la asegurada, durante dicho período, cumpla con el reposo prescrito por la Ley.

ART. 81. El aborto intencional no da derecho en ningún caso a las prestaciones en dinero.

ART. 82. El subsidio de lactancia se otorgará durante los primeros seis meses de vida del niño, con sujeción a las siguientes reglas:

- a) Si el hijo no es amamantado, será dado preferentemente en leche de calidad, cantidad e indicaciones que determine el servicio médico-pediátrico;
- b) Si el hijo es amamantado, el servicio médico-pediátrico podrá sustituir la provisión de leche, por el suministro de productos adecuados para mantener en buen estado la salud de la madre;
- c) Si el subsidio se concede en dinero, su cuantía será equivalente al 15 por 100 de la remuneración promedio, y se liquidará de acuerdo con la categoría de cotización que sirvió de base para el cómputo del subsidio por descanso pre y posnatal.

ART. 83. En caso de muerte de la madre, o en su ausencia, se entregará el subsidio de lactancia a la persona que tenga a su cargo el niño.

ART. 84. Se suspenderá el subsidio si la madre, o quien la sustituya, infringe las instrucciones que importan los servicios médico-pediátricos para el control periódico del peso y de su estado de salud.

ART. 85. Se extenderá a la madre o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre el niño, una tarjeta en la cual consten los datos personales del asegurado o asegurada que genere el derecho, los relativos a la identificación del niño y los referentes al control periódico del peso y de su estado de salud.

ART. 86. La cónyuge del asegurado tendrá derecho a las prestaciones de maternidad establecidas en los incisos a), b), c), d), f), g) y h) del artículo 71, y las consignadas en el artículo 79 del presente Reglamento, cuando el asegurado acredite dieciséis cotizaciones semanales en los nueve meses calendarios que precedan a la presunta fecha del parto. Sin embargo, la asistencia médica prenatal se suministrará a la cónyuge o concubina reconocida del asegurado en cualquier tiempo, si éste reúne los requisitos prescritos por el artículo 61 de este Reglamento.

ART. 87. La atención médico-pediatra del recién nacido se concederá durante el término de seis semanas. El Instituto podrá aumentar el plazo siempre que el costo que irrogue la mayor prestación pueda ser financiado con los recursos que se disponen para la cobertura de los riesgos.

ART. 88. La obligación impuesta a los patronos por el ordinal 10 del artículo 95 Cn. se considerará cubierta por el Instituto mediante el pago de los subsidios de maternidad y de lactancia y demás prestaciones establecidas en el artículo 75 de la Ley Orgánica y el artículo 71 de este Reglamento. El Instituto asumirá esta obligación siempre que el respectivo patrono esté al día en el pago de sus contribuciones y a medida que se vaya aplicando el Seguro de Maternidad en el país.

CAPITULO III

Disposiciones comunes a los dos capítulos anteriores.

ART. 89. Los subsidios por enfermedad o maternidad se pagarán en las oficinas, centros médicos y hospitalarios que se habiliten para este efecto.

ART. 90. Para la liquidación del subsidio, el asegurado deberá presentar su tarjeta de identidad, libreta de cotización y papeleta de subsidios, otorgada esta última por el médico correspondiente del Instituto.

ART. 91. La cónyuge deberá exhibir para el suministro de las prestaciones de maternidad su tarjeta de identificación de beneficiaria y la libreta de cotización del titular del derecho.

ART. 92. En casos de emergencia, se otorgarán las prestaciones médicas aunque el solicitante no presente los documentos que acrediten sus derechos. En tales casos, el interesado hará comprobar, dentro del plazo de cuarenta y ocho horas, la calidad que da derecho a las prestaciones.

TITULO V

De los Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte.

CAPITULO PRIMERO

De la invalidez.

ART. 93. Los asegurados tendrán derecho a una pensión mensual de invalidez, en caso de incapacidad permanente para el trabajo, producida a consecuencia de enfermedad o accidentes no profesionales.

ART. 94. Para la evaluación de la invalidez permanente reconócese dos grados de incapacidad: total y parcial.

ART. 95. Repútese inválido total al asegurado que, a consecuencia de una enfermedad no profesional o lesión no proveniente del trabajo, estuviere incapacitado de ganar mediante un trabajo proporcionado a sus fuerzas, capacidad y formación profesional, una remuneración mayor del 33 por 100 de la que percibe habitualmente, en la misma región, un trabajador sano del mismo sexo, capacidad semejante y formación profesional análoga.

Considérase inválido parcial al asegurado cuya incapacidad le permita obtener una remuneración superior al 33 por 100, pero inferior al 50 por 100 del salario habitual prescrito en el párrafo anterior.

ART. 96. Para determinar el grado de invalidez de un asegurado se tendrán en cuenta sus antecedentes profesionales y ocupacionales, su acervo cultural, la naturaleza y gravedad del daño, su edad y demás elementos que permitan apreciar su capacidad potencial de ganancia.

ART. 97. Tendrán derecho a una pensión de invalidez los asegurados que reunan las siguientes condiciones:

- [a) Ser declarado inválido de acuerdo con las definiciones previstas por el artículo 95 ;

- b) Acreditar no menos de 150 cotizaciones semanales en el curso de los últimos seis años que precedan a la declaración de invalidez, y
- c) Contar con menos de sesenta años de edad en la fecha que es declarado inválido.

ART. 98. La remuneración base mensual de un asegurado será el promedio mensual de la categoría en que esté incluida la cifra que resulte de dividir por treinta y seis la suma de las remuneraciones, salarios o sueldos por los cuales haya cotizado en los tres años anteriores a la fecha de la declaración de invalidez. Para este efecto, se consideran remuneraciones los sueldos o salarios por los cuales se otorgaron subsidios en dicho período de tres años.

ART. 99. La pensión de invalidez total estará constituida por:

- a) El 30 por 100 de la remuneración base mensual;
- b) El 1,5 por 100 de la remuneración base, por cada cincuenta semanas de cotizaciones que tenga el asegurado en exceso sobre las primeras ciento cincuenta, y
- c) El 10 por 100 sobre las sumas de a) y b) por la cónyuge o, en su defecto la concubina, y por cada uno de los hijos menores de catorce años o inválidos no pensionados de cualquier edad. El monto total de la pensión así calculado no podrá exceder del 80 por 100 de la remuneración base.

ART. 100. En los casos de invalidez por incapacidad parcial, se concederá a los asegurados una pensión que será igual a la mitad de la pensión por invalidez total.

ART. 101. No se concederá pensión cuando la invalidez del asegurado provenga de una reyerta en la que haya participado voluntariamente, o de un delito en que le cupiera responsabilidad o tenga su origen en el uso inmoderado de bebidas alcohólicas o en el uso de drogas heroicas. La pensión se suspenderá en caso de inasistencia no justificada del inválido a los exámenes médicos periódicos a que lo cite la División Médica.

ART. 102. El médico tratante procederá a la declaración inicial de invalidez tan luego como compruebe que el asegurado se encuentra en el estado de incapacidad prescrito por el artículo 93, e instruirá al asegurado en cuanto a la presentación de su solicitud de invalidez y a los documentos que debe acompañar.

ART. 103. El médico director del centro en que se atiende al asegurado, remitirá a la Comisión a que se refiere el artículo siguiente

te, el expediente de invalidez. Este expediente deberá contener los exámenes clínicos, radiográficos y de laboratorio, la anamnesis del asegurado, un informe del médico tratante, en que se consignen los elementos de juicio y el grado de invalidez, la encuesta económico-social efectuada por una Asistencia Social o persona especializada y los demás documentos que se juzguen necesarios.

ART. 104. La declaración de invalidez y el consecuente grado de incapacidad la formulará una Comisión, formada por profesionales médicos y funcionarios administrativos, designada al efecto.

ART. 105. Con base en los antecedentes que figuren en el expediente, y conforme el número de cotizaciones que exige la Ley, la Comisión analizará cada caso en particular, y procederá a declarar o denegar la invalidez del asegurado solicitante.

ART. 106. El Director general, de conformidad con las conclusiones de la Comisión, procederá, en cada caso, a expedir la resolución de concesión o rechazo de la pensión de invalidez.

ART. 107. La pensión de invalidez comenzará a regir desde la fecha que fije la Comisión, que en ningún caso podrá ser anterior a la fecha de declaración inicial de invalidez.

ART. 108. Los asegurados declarados inválidos tendrán derecho a la dotación de prótesis cuando su suministro les permita recuperar, total o parcialmente, su capacidad de trabajo.

ART. 109. Las pensiones de invalidez que concede el Instituto serán revisadas cada tres años, de acuerdo con los estudios técnicos y el examen médico del inválido. Si del examen resultare que el grado de incapacidad ha variado de parcial a total, o viceversa, la cuantía de la pensión se aumentará o disminuirá, según sea el caso. Cualquier pensión de invalidez terminará desde el momento que el beneficiario recupere su capacidad de trabajo.

ART. 110. El inválido en goce de una pensión parcial se considerará inválido absoluto cuando cumpla los sesenta años de edad.

CAPITULO II

De la vejez.

ART. 111. Tendrá derecho a una pensión de vejez el asegurado que acredite 750 cotizaciones semanales y haber cumplido sesenta años de edad.

ART. 112. El asegurado que hubiere cumplido sesenta años de edad y que continúe trabajando tendrá derecho a mantenerse den-

tro del régimen obligatorio hasta los sesenta y cinco años como máximo. En este caso, la pensión se calculará teniendo en cuenta todos los períodos de cotización efectuados antes y después de los sesenta años.

ART. 113. La edad mínima para el disfrute de la pensión se bajará en cinco años para los asegurados que acrediten haber trabajado quince o más años en labores mineras que signifiquen un desgaste fisiológico.

ART. 114. Para el cálculo de la pensión de vejez, la remuneración base mensual de un asegurado será el promedio mensual de la categoría en que esté incluida la cifra que resulte de dividir por sesenta la suma de las remuneraciones, salarios o sueldos por los cuales haya cotizado en los últimos cinco años calendarios anteriores a la fecha en que solicite el beneficio. Para el efecto del cálculo de la pensión, se considerarán remuneraciones los sueldos o salarios por los cuales se otorgó subsidios en dicho período de cinco años.

ART. 115. Si durante el período comprendido entre la fecha de cumplimiento de los requisitos y la presentación de la solicitud figuraran vacíos de cotizaciones, se podrá retrotraer la fecha del cálculo de la remuneración base hasta la fecha del cumplimiento de los requisitos.

ART. 116. El monto de la pensión mensual de vejez estará constituido por:

- a) El 30 por 100 de la remuneración base mensual;
- b) El 1,50 por 100 de la remuneración base por cada cincuenta semanas de cotizaciones que tenga el asegurado en exceso sobre las primeras ciento cincuenta cotizadas hasta la fecha del cumplimiento de los requisitos de edad y de cotizaciones para el disfrute de la pensión;
- c) El 1 por 100 de la remuneración base por cada cincuenta semanas de cotizaciones efectuadas durante el período comprendido entre la edad del cumplimiento de los requisitos y la edad de disfrute de la pensión, y
- d) El 10 por 100 sobre las sumas a) y b) por la cónyuge o, en defecto, la concubina y por cada uno de los hijos menores de catorce años o inválidos no pensionados de cualquier edad. El monto total de la pensión de vejez así calculada no podrá exceder del 80 por 100 de la remuneración base mensual. En este límite no se incluirá el aumento de pensión prescrito por la letra c) de este artículo.

ART. 117. Se considerará que un asegurado ha diferido el disfrute de la pensión de vejez cuando, teniendo derecho a ella, no la reclame oportunamente, y en este caso regirá la norma establecida por la letra c) del artículo 116.

ART. 118. El derecho al disfrute de la pensión de vejez se reconocerá desde la fecha en que el asegurado solicite el beneficio.

ART. 119. El Instituto suspenderá el pago de la pensión tanto tiempo como el beneficiario no mayor de sesenta y cinco años esté realizando labores remuneradas afectas al régimen obligatorio del Seguro Social.

CAPITULO III

De la muerte.

I.—Subsidio de funeral.

ART. 120. Para ayudar a los gastos que origine la muerte del asegurado, sea activo o pensionado, el Instituto dará como subsidio el servicio funeral adecuado. En casos especiales, calificados por el mismo Instituto, se dará, en vez del servicio funeral, un subsidio, que se regulará de acuerdo con el promedio que corresponda a las cuatro últimas semanas de cotización, y será de \$ 600,00, si el promedio medio obtenido se encontrare dentro de las seis primeras categorías del artículo 37 de este Reglamento; de \$ 1.000,00, si el promedio se encontrare dentro de las categorías VII, VIII y IX, y de \$ 1.500,00, si se encontrare en las restantes categorías. El subsidio para los asegurados pensionados de invalidez y vejez será el que corresponda a la categoría de remuneración que sirvió de base para determinar la renta.

ART. 121. El subsidio de funeral será exigible cuando el asegurado tenga a lo menos cuatro cotizaciones dentro de los seis meses calendarios anteriores al de su fallecimiento; las semanas subsidiales se equiparan a semanas de cotización. Este requisito no es exigible a los pensionados.

ART. 122. Para el otorgamiento del servicio funeral, los interesados deben presentar el certificado de defunción y la libreta de cotizaciones.

ART. 123. Si el subsidio de funeral se otorgare en dinero, se entregará el mismo día del fallecimiento del asegurado al cónyuge sobreviviente, a los hijos mayores de edad o a la persona que se haga cargo del funeral, previa presentación de los documentos menciona-

dos en el artículo anterior, y de los que acrediten el parentesco, en su caso. Cuando el subsidio se solicite con posterioridad al entierro, se deberá presentar, además, la factura de la Empresa funeraria.

II.—Pensiones de viudedad y orfandad.

ART. 124. La viuda de un asegurado fallecido tendrá derecho a percibir una pensión vitalicia equivalente al 50 por 100 de la que percibía el causante o de la que éste percibiría por invalidez total si hubiere cumplido con todos los requisitos y condiciones para tener derecho a ella. La pensión durará dos años si al fallecer el causante la viuda no hubiere cumplido cuarenta y cinco años o no fuere inválida.

ART. 125. El viudo inválido que haya vivido a expensas de su cónyuge tendrá derecho a pensión en idénticas condiciones que la viuda inválida.

ART. 126. Cada hijo legítimo, menor de catorce años o inválido de cualquier edad, del asegurado fallecido, tendrá derecho a una pensión igual al 25 por 100 de la que percibiría en idéntico caso si hubiese cumplido con todos los requisitos y condiciones para tener derecho a ella. En los casos de huérfanos de padre y madre, la pensión de cada uno se elevará hasta el 50 por 100.

ART. 127. La suma de las pensiones atribuidas a la viuda y a los huérfanos no podrá exceder de la que sirvió de base para el cálculo. Si la suma excediere de esta cantidad, se reducirán proporcionalmente todas las pensiones; y si dejaren de tener derecho a ellas algunos beneficiarios, esas pensiones acrecerán a las otras, pero sin pasar del límite prescrito.

ART. 128. Las pensiones se extinguirán cuando la viuda contraiga matrimonio, pase a concubinato o lleve vida deshonesta, cuando el hijo cumpla catorce años o cuando cualquiera de ellos pase a disfrutar de otra pensión.

ART. 129. La viuda no tendrá derecho a pensión en los siguientes casos:

- a) Cuando la muerte del asegurado acaeciere dentro de los seis meses de la celebración del matrimonio, a menos que:
 - 1) El deceso se haya debido a accidente no profesional;
 - 2) Haya nacido un hijo durante el matrimonio o haya sido legitimado por el matrimonio, y
 - 3) La viuda estuviere embarazada;
- b) Cuando el asegurado hubiere contraído matrimonio después

de cumplir sesenta años de edad, o mientras percibía una pensión de invalidez o vejez y la muerte hubiere ocurrido dentro de los dos años de la celebración del matrimonio, salvo que ocurra alguna de las circunstancias mencionadas en los incisos 1), 2) y 3) del presente artículo.

ART. 130. Cuando los hijos no vivan a expensas del cónyuge sobreviviente, las pensiones de orfandad que les correspondan serán entregadas a las personas e instituciones a cuyo cargo se encuentren.

ART. 131. El derecho a las pensiones de viudedad y orfandad comenzará desde el día del fallecimiento del asegurado.

CAPITULO IV

Disposiciones comunes a los tres capítulos anteriores.

ART. 132. El asegurado o beneficiario que se crea con derecho cualquiera de las prestaciones prescritas para los riesgos de invalidez, vejez y muerte, empleará para solicitarla el formulario que le proporcionará el Instituto, y presentará, además, la siguiente documentación:

a) En caso de pensión de invalidez:

- 1) Las certificaciones de las partidas de nacimiento o de bautismo y matrimonio del asegurado, y de nacimiento de los hijos menores de catorce años;
- 2) La libreta de cotización y la tarjeta de identificación del asegurado, y
- 3) Un certificado patronal, policial o de tres vecinos asegurados, que acredite la supervivencia de la cónyuge e hijos.

b) En caso de pensión de vejez:

- 1) Los documentos indicados en la letra a) de este artículo. A falta de las partidas de nacimiento o bautismo, se fijará la edad fisiológica por un facultativo de la División de Asistencia Médica.

c) En caso de pensión de supervivencia:

- 1) La certificación de la partida de defunción del causante;
- 2) La libreta o comprobante de pensionado del asegurado fallecido;

- 3) La certificación de la partida de nacimiento o matrimonio que justifique el derecho;
- 4) La presentación de la tarjeta de beneficiaria de la cónyuge o concubina reconocida, y
- 5) El testamento o copia certificada de la declaratoria de herederos del causante. A falta de testamento o declaratoria de herederos, se publicará el pedido en un periódico de la capital durante dos veces, con un intervalo de cinco días entre una y otra publicación. En todos los casos, la dependencia económica de la concubina y de los hijos ilegítimos reconocidos se comprobará por el Servicio Social del Instituto.

ART. 133. No puede gozarse al mismo tiempo de pensiones de invalidez y vejez, y ambas son incompatibles con el cobro de cualquier otra prestación en dinero.

ART. 134. Las pensiones no podrán ser objeto de cesión, compensación o embargo, salvo la atención o embargo a que se refiere la parte final del artículo 182.

ART. 135. La asignación por cada hijo menor de catorce años que comprenden las pensiones de invalidez y vejez se extinguirá en la oportunidad que cada uno de éstos cumplen la edad prescrita.

ART. 136. Las asignaciones por hijos y las pensiones de orfandad podrán ser prorrogadas hasta que cada uno de éstos cumpla los dieciocho años, siempre que carezcan de medios económicos y prosigan estudios satisfactorios de acuerdo con las normas que apruebe el Consejo Directivo.

TITULO V

Del Seguro de Riesgos Profesionales.

CAPITULO PRIMERO

De los riesgos profesionales.

ART. 137. Para los efectos del régimen del Seguro de Riesgos Profesionales:

- a) *Riesgos son los accidentes o enfermedades profesionales a que están expuestos los trabajadores a causa de las labores que ejecutan por cuenta ajena (art. 82 del C. del T.);*

- b) *Accidente del trabajo* es la muerte, o toda lesión o perturbación física, psíquica o funcional, permanente o transitoria, inmediata o posterior, producida por la acción repentina de una causa exterior sobrevenida por el hecho o en ocasión del trabajo, o por caso fortuito o fuerza mayor inherente a él (art. 83 del C. de T.);
- c) *Enfermedad profesional* es todo estado patológico que sobreviene por una causa repetida por largo tiempo como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el obrero o empleado, o del medio en que se ve obligado a trabajar, y que provoca en el organismo una incapacidad o perturbación funcional permanente o transitoria (art. 84 del C. del T.).

ART. 138. Son enfermedades profesionales indemnizables las que figuran conjuntamente con las ocupaciones en que éstas pueden ser contraídas en la siguiente lista no limitativa :

Lista de enfermedades y substancias tóxicas.	Profesiones, industrias y operaciones correspondientes.
--	---

Intoxicación producida por el plomo, sus aleaciones o sus compuestos, con las consecuencias directas de dicha intoxicación.

Tratamiento de minerales que contengan plomo, incluidas las cenizas plomíferas de las fábricas en que se obtiene el cinc.

Fusión del cinc viejo y del plomo en galápagos.

Fabricación de objetos de plomo fundido o de aleaciones plomíferas.

Industrias poligráficas.

Fabricación de los compuestos del plomo.

Fabricación y reparación de acumuladores.

Preparación y empleo de los esmaltes que contengan plomo.

Pulimentación por medio de limaduras de plomo o de polvos plomíferos.

Trabajos de pintura que comprendan la preparación o la manipulación de productos destinados a emplastecer, masilla o tintes que contengan pigmentos de plomo.

Lista de enfermedades y sustancias tóxicas.	Profesiones, industrias y operaciones correspondientes.
---	---

Intoxicación producida por el mercurio, sus amalgamas y sus compuestos, con las consecuencias directas de dicha intoxicación.	<p>Tratamiento de minerales de mercurio.</p> <p>Fabricación de compuestos de mercurio.</p> <p>Fabricación de aparatos para medir y aparatos de laboratorio.</p> <p>Preparación de materias primas para sombrerería.</p> <p>Dorado a fuego.</p> <p>Empleo de bombas de mercurio para la fabricación de lámparas incandescentes.</p> <p>Fabricación de pistones con fulminato de mercurio.</p>
Infección carbuncosa.	<p>Obreros que estén en contacto con animales carbuncosos.</p> <p>Manipulación de despojos de animales.</p> <p>Carga, descarga o transporte de mercancías.</p>
La silicosis con o sin tuberculosis pulmonar, siempre que la silicosis sea una causa determinante de incapacidad o muerte.	Las industrias u operaciones que la legislación nacional considere están expuestas a los riesgos de la silicosis.
Intoxicación producida por el fósforo o sus compuestos, con las consecuencias directas de esta intoxicación.	Todas las operaciones de la producción, separación o utilización del fósforo o de sus compuestos.
Intoxicación producida por el benceno o sus homólogos, sus derivados nitrosos y amínicos, con las consecuencias de esta intoxicación.	Todas las operaciones de la producción, separación o utilización del benceno o de sus homólogos o de sus derivados nitrosos y amínicos.
Intoxicación producida por los derivados halógenos de los hidrocarburos grasos.	Todas las operaciones de la producción, separación o utilización de los derivados halógenos de los hidrocarburos grasos designados por la legislación nacional.
Trastornos patológicos debidos: a) al radium y a otras sustancias radioactivas; b) a los rayos X.	Todas las operaciones que expongan a la acción del radium, de las sustancias radioactivas o de los rayos X.
Epiteliomas primitivos de la piel.	Todas las operaciones de la manipulación o del empleo de alqui-

Lista de enfermedades y sustancias Profesionales, industrias y operaciones
tóxicas. correspondientes.

trán, brea, betún, aceites minerales, parafina o de compuestos, productos o residuos de estas sustancias.

CAPITULO II

De las medidas de prevención y protección.

ART. 139. El Instituto orientará el Seguro de Accidentes y Enfermedades Profesionales hacia el desarrollo de las labores de prevención y protección contra el acaecimiento de dichos riesgos; y promoverá en favor de los trabajadores la implantación y mantenimiento de las mejores condiciones de higiene y seguridad dentro y fuera del trabajo. Para llevar a la práctica los objetivos expresados en el párrafo anterior, la Dirección General del Instituto, además de las funciones que le son propias, ejercerá, en lo que respecta a sus asegurados, las facultades y atribuciones de la Junta de Vigilancia del Trabajo en las Minas, prescritas por los incisos b), d) y e) del artículo 1.º del Decreto legislativo núm. 85.

ART. 140. Todo patrono obligado a inscribirse, o declarado formalmente inscrito, debe adoptar las disposiciones extraordinarias de prevención y protección que dicte el Instituto, en coordinación con la Junta de Vigilancia del Trabajo en las Minas y con las demás entidades o Dependencias públicas cuyas funciones sean igualmente análogas o concordantes. Tratándose de coheterías u otras empresas de peligrosidad análoga, las medidas a que se refiere el párrafo anterior pueden llegar hasta la suspensión de las labores de la Empresa que se trate.

ART. 141. Es obligación de todo afiliado someterse, en cualquier momento y con fines preventivos, a los exámenes médicos generales que determine el Instituto por intermedio de la División Médica.

ART. 142. A todo afiliado que con motivo de la aplicación del sistema de exámenes médicos generales, a que se refiere el artículo anterior, resultare con alguna enfermedad o defecto, congénito o adquirido, que le exponga a notorio peligro de sufrir o causar algún accidente, debe declarársele incapacitado temporal para el solo efecto de que pueda gozar de los beneficios respectivos y de los servicios de rehabilitación, hasta tanto el médico que el Instituto designe no

determine que dicho peligro ha desaparecido, se ha atenuado considerablemente o que su estado es patológico.

ART. 143. Cuando la Dirección General del Instituto indique que la contingencia a que se refiere el artículo anterior, se elimina o se atenúa con el cambio de ocupación del trabajador, el patrono de éste queda obligado a procurar por todos los medios a su alcance que dicho cambio se efectúe dentro de su propia Empresa.

ART. 144. El Instituto creará en su oportunidad un Departamento de Seguridad e Higiene Industrial, que tenga a su cargo la difusión de las medidas de prevención y de todas las normas tendentes a la disminución de los riesgos.

CAPITULO III

De las prestaciones.

ART. 145. Las prestaciones del Seguro en el régimen especial de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales son las siguientes:

- a) Atención médico-quirúrgica general y especializada;
- b) Hospitalización, cuando fuere necesaria;
- c) Atención dental, cuando fuere necesaria;
- d) Suministro de los productos farmacéuticos necesarios;
- e) Medios para la rehabilitación y reeducación;
- f) Un subsidio por incapacidad temporal;
- g) Una pensión por incapacidad permanente, parcial o total;
- h) Un subsidio de funerales;
- i) Pensiones en caso de muerte.

ART. 146. Las prestaciones a que se refiere este capítulo se suministrarán solamente a los trabajadores que estén al servicio de un patrono asegurado en este régimen, sin más limitaciones que los casos contemplados en el título referente a sanciones y multas.

ART. 147. Las prestaciones en especie se otorgarán, sin límite de duración, hasta el restablecimiento del asegurado o hasta que se le reconozca una incapacidad permanente, y siempre que los médicos no juzguen útil, en interés del asegurado y del Instituto, la continuación del tratamiento.

ART. 148. El asegurado incapacitado estará obligado a someterse a los reconocimientos médicos y exámenes que determine el Instituto, y a los tratamientos que le prescribieren los funcionarios médicos correspondientes.

ART. 149. En caso de accidente del trabajo, la asistencia médica incluirá los aparatos de prótesis y ortopedia indispensables que prescriba el facultativo tratante, y cuyo suministro lo confirme la División de Asistencia Médica.

ART. 150. Para el efecto del pago de las prestaciones se consideran, además de las indicadas para el caso de muerte, los siguientes tipos de incapacidad previstos por el Código del Trabajo:

- a) Incapacidad total permanente. La incapacidad total permanente es la pérdida absoluta de facultades o aptitudes que imposibiliten a un individuo para poder desempeñar todo trabajo por el resto de su vida (art. 86 del C. del T.);
- b) Incapacidad parcial permanente. La incapacidad parcial permanente es la disminución de las facultades de un individuo por haber sufrido la pérdida o paralización de algún miembro, órgano o función del cuerpo, por el resto de su vida (art. 87 del C. del T.);
- c) Incapacidad temporal. Incapacidad temporal es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibiliten parcial o totalmente a un individuo para desempeñar su trabajo por algún tiempo (art. 88 del C. del T.).

ART. 151. En caso de incapacidad temporal para el trabajo, el asegurado tendrá derecho, a partir del primer día siguiente al accidente, a un subsidio diario igual al 60 por 100 del promedio de la categoría en que esté incluida la remuneración, calculada en la forma prevista por el artículo 65 de este Reglamento. La remuneración del día del accidente estará íntegramente a cargo del patrono.

ART. 152. El subsidio se concederá por días, con inclusión de domingos y feriados; se liquidará por períodos no mayores de siete días, y se pagará hasta un plazo máximo de veintiséis semanas, siempre que antes de expirar dicho plazo no se declare la incapacidad permanente del asegurado. Si no se ha declarado la incapacidad permanente, expirado el plazo máximo de veintiséis semanas, el Consejo Directivo del Instituto podrá prorrogar dicho plazo, previo informe del Consejo Técnico. El subsidio se reducirá a la mitad cuando el asegurado se encuentre hospitalizado y no tenga cónyuge, concubina reconocida o hijos menores de catorce años a su cargo.

ART. 153. Si el accidente ocurriere antes de que el asegurado haya cotizado doce semanas, el promedio diario será el que corresponda a las semanas cotizadas. A falta de éstas, la remuneración

base se calculará de acuerdo con la categoría en que esté comprendido el sueldo o salario contractual del asegurado, o, en su defecto, el salario que gana en la misma Empresa un trabajador de la misma calificación.

ART. 154. Si al finalizar el período de incapacidad temporal, el asegurado permaneciere con una incapacidad permanente, tendrá derecho a una pensión cuyo monto se determinará de acuerdo con lo que prescriben los artículos 156 y 157.

ART. 155. La remuneración base mensual de un asegurado será el promedio mensual de la categoría en que esté incluida la cifra que resulte de dividir por treinta y seis la suma de las remuneraciones, salarios y sueldos por los cuales haya cotizado en los tres años anteriores a la fecha del accidente del trabajo o de la declaración del estado de invalidez por enfermedad profesional. Para este efecto, se consideran remuneraciones los sueldos y salarios por los cuales se otorgaron subsidios en dicho período de tres años. Si el asegurado se hubiese inscrito en el Instituto en cualquiera de esos tres años, la remuneración base del salario se determinará dividiendo la suma de las remuneraciones correspondientes a los conceptos anteriormente indicados por el número de meses transcurridos desde la inscripción hasta el siniestro.

ART. 156. En caso de incapacidad permanente total, la pensión será igual al 60 por 100 de la remuneración base mensual. En caso de incapacidad permanente parcial, el monto de la pensión será igual al monto de la total multiplicada por el grado de incapacidad que fije el médico tratante de acuerdo con la tabla de valuaciones que contiene el artículo 98 (reformado) del Código del Trabajo. En los casos de incapacidades permanentes parciales no clasificadas en dicha tabla, el médico tratante queda facultado para fijarlas por analogía, previa autorización de la División Médica.

ART. 157. El procedimiento para declarar la incapacidad total o parcial será el prescrito por los artículos 102 y siguientes de este Reglamento.

ART. 158. Las pensiones de incapacidad permanente, parcial o total, serán revisadas en cada caso, de acuerdo con los estudios técnicos y el examen médico del asegurado, cada tres años.

ART. 159. En caso de muerte del asegurado, producida como consecuencia de un riesgo profesional, el Instituto concederá un subsidio de funeral en la misma forma y cuantía prescritas por el artículo 120 de este Reglamento.

ART. 160. En el mismo caso contemplado en el artículo anterior, el Instituto concederá:

- a) Una pensión vitalicia a la viuda o al viudo que hubiere vivido a expensas del cónyuge pre-muerto, y
- b) Una pensión a cada uno de los hijos legítimos, hasta cumplir la edad de dieciséis años, o inválidos de cualquier edad no pensionados. La pensión se duplicará en los casos de huérfanos de padre y madre. A falta de viuda o de hijos legítimos, tendrán derecho a recibir la pensión la concubina o los hijos ilegítimos reconocidos que reúnan los requisitos prescritos por el artículo 111 de la Ley Orgánica.

ART. 161. Las pensiones se extinguirán cuando la viuda contraiga matrimonio, pase a concubinato, lleve vida deshonesta, o cuando pase a disfrutar de otra pensión.

ART. 162. A falta de viuda y huérfanos, tendrán derecho a la pensión, por partes iguales y por cabeza, los ascendientes que hubieren dependido económicamente del asegurado fallecido. A falta de viuda, huérfanos y ascendientes, tendrán derecho a la pensión, por partes iguales y por cabeza, las personas que demuestren haber dependido económicamente del asegurado al momento de su fallecimiento.

ART. 163. La pensión de la viuda será igual al 50 por 100 de la pensión de incapacidad permanente total que percibía o le hubiere correspondido percibir al fallecido, y las pensiones a que se refieren los artículos 160, inciso b), y 162 serán iguales, por cada beneficiario, al 25 por 100 de la pensión del causante, considerada en la misma forma anterior.

ART. 164. El total de las pensiones atribuidas a los beneficiarios en los artículos 160 y 162 no podrá exceder, en conjunto, de la pensión de incapacidad permanente total que percibía o le hubiera correspondido percibir al fallecido. Si la suma excediere de esta cantidad, se reducirán proporcionalmente todas las pensiones y acrecerán en la misma forma, hasta los límites prescritos, a medida que algunos beneficiarios dejen de tener derecho a ellas.

ART. 165. El Instituto concederá los beneficios previstos por este régimen aunque el accidente se deba a negligencia o culpa grave del patrono, pero en estos casos deberá el patrono entregar al Instituto los capítulos constitutivos de las pensiones y el valor de los otros beneficios que corresponda otorgar. Igual procedimiento se aplicará en los casos de los trabajadores sujetos a este régimen, en

que los derechos o beneficios virtualmente no existen por no haber cumplido el patrono sus obligaciones.

ART. 166. No procederá el pago de las prestaciones en dinero de este régimen en los siguientes casos:

- a) Cuando el accidente que origine la incapacidad o la muerte hubiere sido provocado intencionalmente por la víctima o por otra persona instigada por ella;
- b) Cuando el accidente fuere consecuencia de un delito en que cupiera responsabilidad a la víctima, de un atentado contra su persona o de una riña en que tomare parte voluntariamente;
- c) Cuando el accidente ocurriere por encontrarse la víctima en estado de embriaguez o bajo la acción de drogas heroicas, y
- d) Cuando el accidente se deba a caso fortuito o fuerza mayor extraña al trabajo.

Quando el riesgo realizado en las condiciones previstas por este artículo produzca como consecuencia la muerte del asegurado, los familiares de éste tendrán los derechos que otorga el presente título.

ART. 167. El Instituto, previo informe de la División Médica, fijará los requisitos que deban cumplirse para el disfrute a las prestaciones por enfermedades profesionales.

CAPITULO IV

Disposiciones comunes a los capítulos anteriores.

ART. 168. El patrono, o quien lo represente, está obligado:

- a) A prestar a la víctima los primeros auxilios;
- b) A presentar oportunamente al accidentado al centro médico más cercano para su examen y tratamiento médico;
- c) A informar el accidente ante el Instituto, a más tardar, dentro de las cuarenta y ocho horas de haber ocurrido. El informe contendrá los siguientes datos:
 - 1) Nombre y domicilio del patrono y de la persona que lo represente;
 - 2) Nombre, edad, ocupación, domicilio y estado civil de la víctima, con indicación del lugar en que ésta se encuentre;
 - 3) Lugar, día y hora en que sobrevino el accidente;

- 4) Causa determinada o presunta del accidente y las circunstancias en que sobrevino ;
- 5) Naturaleza de las lesiones sufridas, y
- 6) Nombre y domicilio de los testigos del accidente.

ART. 169. El Instituto, previo informe del Consejo Técnico, fijará en el reglamento respectivo el monto de la contribución patronal para el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, ciñéndose a los siguientes requisitos :

- a) Su producto debe ser capaz de cubrir totalmente los gastos derivados de las prestaciones del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales otorgadas por el capítulo VII del título II del Código del Trabajo y del Decreto legislativo núm. 85, de 18 de septiembre de 1953, en su caso, y de la creación e incremento de sus fondos de reserva y capitalización ;
- b) Se calculará en porcentaje de las remuneraciones totales del trabajador asegurado ;
- c) El porcentaje de contribución será variable según el grado y clase de riesgo de cada Empresa, el que será determinado por el Instituto, obedeciendo a las normas que fije el mismo reglamento para su clasificación.

ART. 170. Cada tres años, o antes si lo estimare conveniente, el Instituto deberá efectuar un estudio técnico completo del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, y, basado en sus conclusiones, podrá modificar el porcentaje básico de contribución y la clasificación de los riesgos.

ART. 171. El Instituto informará trimestralmente a cada patrono acerca de las prestaciones otorgadas a trabajadores de su Empresa, con los detalles que estime pertinentes.

TITULO VI

Disposiciones generales, finales y transitorias.

CAPITULO PRIMERO

De las planillas de pago de sueldos y salarios, de los Inspectores y de las visitas a los lugares de trabajo.

ART. 172. Los patronos están obligados a llevar planillas de pago, en las que harán constar, por trabajador, para los efectos del

Seguro, el número de inscripción, el nombre y apellidos, el total pagado y el importe de las cotizaciones. Los trabajadores firmarán las planillas al recibir sus pagos. Si no supieran firmar, deberán estampar su huella dígito-pulgar.

ART. 173. Las planillas, libretas de cotizaciones y guías de adquisición de estampillas se conservarán en los lugares de trabajo, y estarán a disposición de los Inspectores y Visitadores del Instituto.

ART. 174. El Instituto está facultado para proceder de oficio a determinar el monto de las cotizaciones:

- a) Cuando los patronos no hubieren cumplido con llevar planillas de pago de sueldos y salarios;
- b) Cuando figure anotada, en planillas, sólo parte de las remuneraciones realmente pagadas;
- c) Cuando las planillas se hubieren extraviado.

ART. 175. Los patronos están obligados a conservar sus planillas de pago de sueldos y salarios durante un plazo no inferior a dos años.

ART. 176. Los Inspectores y Visitadores del Instituto Nacional de Seguridad Social están facultados para verificar el cumplimiento de las obligaciones que incumben a patronos y trabajadores, prescritas por la Ley Orgánica y por este Reglamento.

Para este efecto, podrán examinar los libros de contabilidad, planillas de pago de sueldos y salarios, contratos de trabajo, declaraciones de impuesto sobre la renta y de capital, guías de adquisición de estampillas y demás documentos que fueran estrictamente necesarios para la comprobación de todos los datos relacionados con el Seguro Social.

ART. 177. El Instituto no podrá divulgar ni suministrar a particulares los datos y hechos referentes a patronos y asegurados, que llegaren a su conocimiento en virtud del ejercicio de sus funciones, pero podrá publicar cualquier información estadística general que se relacione con sus actividades.

ART. 178. Todas las autoridades y entidades administrativas y judiciales del país tienen la obligación de suministrar los datos e informes que requiera el Instituto, y de prestar a los funcionarios éste la cooperación que fuere necesaria para el buen desempeño de su labor.

CAPITULO II

De la responsabilidad, garantías y sanciones.

ART. 179. Los patronos se considerarán depositarios de las cantidades que hubiesen descontado a los trabajadores por concepto de cotizaciones.

ART. 180. Las cantidades debidas al Instituto por aportes, contribuciones, créditos, multas, recargos o préstamos tienen prelación para el pago sobre cualquier otra cantidad cuyo reclamo provenga de una acción personal. El Instituto podrá reclamar por la vía ejecutiva el pago de lo que le adeudaren por tales conceptos, prestando mérito ejecutivo los documentos emanados al efecto. El cumplimiento de las resoluciones que impongan multas se podrá exigir gubernativamente.

ART. 181. En caso de concurso o quiebra, las cantidades adeudadas al Instituto por concepto de cotizaciones, créditos o multas serán consideradas como deuda de la masa, y gozarán de la correspondiente preferencia. También gozará de igual preferencia para el pago, lo debido al Instituto cuando falleciere un contribuyente o se liquidare cualquier Sociedad de carácter civil o mercantil.

ART. 182. Las prestaciones en dinero, acordadas a los asegurados, no podrán ser cedidas, compensadas ni gravadas. Tampoco podrán ser retenidas por impuesto o carga fiscal alguna, excepto las mencionadas en forma expresa en la Ley o en este Reglamento. Como excepción, podrá embargarse o retenerse la cuarta parte, para atender al pago de pensiones alimenticias.

ART. 183. Las infracciones de la Ley Orgánica y de este Reglamento por actos y omisiones de los patronos, los asegurados y otras personas, serán sancionadas con multas de \$ 250,00 a \$ 5.000,00, sin perjuicio del cobro de la deuda y los intereses respectivos a razón del 9 por 100 en lugar, en su caso.

ART. 184. Los patronos serán sancionados en la forma prevista en el artículo 183, especialmente en los siguientes casos:

- a) Cuando no soliciten su inscripción patronal dentro del término previsto por el artículo 14 de este Reglamento;
- b) Cuando no soliciten la inscripción de sus trabajadores dentro del término prescrito en el artículo 23 de este Reglamento;
- c) Cuando no cumplan con descontar a sus trabajadores, en el

- acto de cancelarles las remuneraciones, las contribuciones respectivas, sin perjuicio de pagarlas por su cuenta;
- d) Cuando no llevaran planillas de pago de sueldos y salarios;
 - e) Cuando se negaren a facilitar la revisión de los documentos a que se refiere el artículo 113 de la Ley Orgánica y el artículo 176 de este Reglamento;
 - f) Cuando incurran en atrasos reiterados en el pago de las cotizaciones;
 - g) Cuando, por su culpa, las prestaciones a que tuvieren derecho los asegurados no pudieren concederse o disminuyeren en su monto, y
 - h) Cuando no cumplan con adoptar las medidas de higiene y seguridad industrial que les imparta el Instituto.

ART. 185. Las personas culpables de fraude, alteración de documentos, o de declaraciones falsas que generen prestaciones indebidas, serán sancionadas en la forma prevista por el artículo 183, sin perjuicio de exigir la devolución del importe de las prestaciones concedidas indebidamente y de la acción penal correspondiente.

CAPITULO III

De la resolución de conflictos.

ART. 186. Las solicitudes sobre inscripciones, liquidación de cotizaciones, extensión de carnet de beneficiaria, calificación de la condición de patrono y de asegurado y excepciones a la afiliación del régimen obligatorio, serán resueltas por la División de Afiliación y Beneficios.

Contra la resolución de esta División podrá pedirse revisión para ante el Director general dentro del término de ocho días.

ART. 187. De las resoluciones que el Director general expida imponiendo multas, otorgando prestaciones o denegándolas y cancelando derecho a los asegurados por infracciones a la Ley y al Reglamento, podrá pedirse revisión para ante el Consejo Directivo dentro del término de cinco días.

Contra la resolución que éste expida se podrá interponer, dentro de cinco días, recurso de apelación para ante el Tribunal Superior del Trabajo. El Tribunal, para resolver, oír a las partes conforme las normas establecidas en el Código del Trabajo, pudiendo el Instituto Nacional de Seguridad Social hacerse representar ante dicho

Tribunal. Contra la sentencia del Tribunal Superior no habrá recursos alguno, salvo el de responsabilidad.

CAPITULO IV

De la prescripción.

ART. 188. Prescriben a los seis meses:

- 1) Las acciones para cobrar los subsidios de enfermedad, maternidad y lactancia, y
- 2) Las acciones para cobrar los subsidios por incapacidad temporal derivada de accidentes o enfermedades profesionales.

ART. 189. Prescriben a los dos años:

- 1) Las acciones para cobrar las mensualidades atrasadas de las pensiones de invalidez, vejez, viudedad y orfandad, no solicitadas oportunamente;
- 2) Las acciones para cobrar el subsidio de funeral;
- 3) Las acciones de los trabajadores o beneficiarios para reclamar el reconocimiento de pensión por incapacidad proveniente de accidente o enfermedad profesional. Esta prescripción correrá, respectivamente, desde que se determine la naturaleza de la incapacidad o de la enfermedad contraída o desde la fecha de la muerte del trabajador.

ART. 190. Cualquier otra acción contra el Instituto prescribe en tres años, salvo la referente al reconocimiento del derecho a una pensión de vejez, que es imprescriptible.

CAPITULO V

Disposiciones comunes.

ART. 191. Para todos los efectos del Seguro Social, los hijos ilegítimos que dependieren económicamente del asegurado, y la concubina que hubiere hecho vida marital con él durante más de cinco años continuos, siempre que dependiere económicamente del mismo en el momento de exigir la prestación, se equiparan, respectivamente, a los hijos legítimos y esposa del asegurado, cuando no existieren aquéllos o ésta. Si al momento de ser exigible la prestación existieren varias concubinas que llenaren los requisitos exigidos por este artículo, ninguna de ellas gozará de los beneficios del Seguro.

ART. 192. Las calidades de hijo ilegítimo y de concubina en los términos del artículo anterior, así como la dependencia económica del asegurado, serán acreditadas por los medios legales de pruebas señalados en el Código civil; pero las resoluciones que sobre el particular dictaren los Organismos competentes establecidos en la Ley Orgánica de Seguridad Social, al ordenar el pago de prestaciones, no producen efectos legales distintos que los del pago.

ART. 193. En caso de emergencia, se otorgarán las prestaciones médicas correspondientes a los riesgos de enfermedad no profesional, maternidad y el subsidio de funeral, aunque los solicitantes no presenten los documentos que acrediten debidamente sus derechos. En tales casos, los interesados comprobarán, dentro del plazo de cuarenta y ocho horas, la calidad del asegurado y beneficiario con derecho a prestaciones.

CAPITULO VI

Disposiciones transitorias.

ART. 194. El Seguro Social se aplicará por ramas de Seguro, por contingentes de trabajadores, por zonas geográficas y en forma gradual y progresiva, según lo determine el Instituto Nacional de Seguridad Social mediante Decreto del Consejo Directivo, que debe ser publicados en *La Gaceta, Diario Oficial*.

ART. 195. Durante los primeros seis meses de entrar en vigor el régimen del Seguro de Maternidad en cada zona y para cada contingente, las aseguradas que no cuenten con el período de cotización prescrito por el artículo 72 de este Reglamento solicitarán los subsidios de maternidad por descanso pre y posnatal a sus respectivos patronos, y éstos los abonarán siempre que sus trabajadoras hayan cumplido el requisito previsto por el ordinal 10 del artículo 95 de la Cn.

ART. 196. Los trabajadores de cuarenta y cinco años y más que estuvieren comprendidos en el campo de aplicación del Seguro al entrar en vigor la rama de invalidez, vejez y muerte, en la correspondiente zona geográfica, deberán acreditar a lo menos haber cotizado la mitad del tiempo calendario comprendido entre la fecha de entrada en vigor del Seguro y la fecha inicial de la pensión, con un mínimo absoluto de 250 cotizaciones semanales para la pensión de vejez, y 50, para la de invalidez.

ART. 197. Desde la fecha inicial de vigencia del Seguro Social, se suspende, según sea el caso, la aplicación de las disposiciones de los artículos 15, ordinal 3; 92, 93, 97, 98, 99 y 129 del Código del Trabajo, con la limitación a que se refiere el artículo 195 de este Reglamento y de las letras j) y n) del artículo 2.º del Decreto legislativo núm. 85, en lo que se refiere a las obligaciones patronales asumidas por el Instituto.

ART. 198. El Instituto, en virtud de la prescripción que contiene el artículo 142 de la Ley Orgánica, abrirá a cada empleado afecto a la indicada disposición, una cuenta corriente en la que abonará la cantidad traspasada a su nombre por la respectiva Institución, y cargará los importes de sus cotizaciones personales.

ART. 199. Procederá devolver a su titular el saldo de la cuenta corriente prescrita en el artículo anterior, en los siguientes casos:

- a) Después de seis meses de su cese en el trabajo, siempre que no hubiere ingresado a otra Institución de las nombradas por el artículo 142 de la Ley Orgánica;
- b) En caso de obtener una pensión del Instituto;
- c) Cuando tuviere sesenta años o más al iniciarse la aplicación de la Ley, y
- d) Cuando cumpla los sesenta y cinco años.

ART. 200. La devolución del saldo de la cuenta corriente indicada se efectuará a los herederos del asegurado en el caso de fallecimiento de éste.

ART. 201. Mientras no se fije por el Instituto el valor de la remuneración en especie, se tendrá en cuenta para la cotización de patronos y trabajadores únicamente la remuneración en dinero.

ART. 202. El presente Reglamento empezará a regir desde el día de su publicación en *La Gaceta, Diario Oficial*.

Dado en Managua, a veintitrés de octubre de mil novecientos cincuenta y seis.—Ramiro Sacasa Guerrero, Presidente por la Ley.—Leonardo Somarriba, Ministro de Salubridad Pública.—Juan José Lugo Marengo, Viceministro de Economía.—Rafael A. Huevo, Ministro de Hacienda y Crédito Público.—Felipe Rodríguez Serrano, Director general del Instituto Nacional de Seguridad Social.—Carlos Yrigoyen, representante de los médicos.—Jacobo Argüello Tefel, representante patronal de las Actividades Comerciales e Industriales.—Lyonel Blandón Velásquez, representante patronal de las Actividades Agrícolas.—Juan Bautista Lacayo, representante patronal de las Acti-

vidades Pecuarias.—Juan F. Ruiz, representante de los Trabajadores al Servicio del Estado.—Alfredo Cole, representante de los Empleados de las Instituciones Bancarias.—Raúl Sandoval Aragón, representante de los Obreros y Empleados del Comercio, el Transporte y la Industria.—Juan Sandoval Parajón, representante de los Trabajadores del Campo.—Alejandro Arcia, representante del Partido de la Minoría.—J. Antonio Tijerino Medrano, Secretario.»

ART. 2.º Publíquese en *La Gaceta, Diario Oficial*.

Dado en Managua, Distrito Nacional, a los veinticuatro días del mes de octubre de mil novecientos cincuenta y seis.—Año José Dolores Estrada.—LUIS A. SOMOZA D.—Leonardo Somarriba, Ministro de Salubridad Pública.

IV.- LECTURA DE REVISTAS

REVISTAS IBEROAMERICANAS

JOSÉ GONZÁLEZ GALÉ: *El eterno problema jubilatorio*. — DERECHO DEL TRABAJO. — Buenos Aires, octubre de 1956.

Por el indudable interés que encierra el temá, al tratarse en él los problemas creados a los jubilados argentinos con motivo de la inflación en su país, reproducimos íntegramente el presente estudio.

1. En la legislación social anterior al régimen recientemente derrocado figuran numerosas leyes de jubilaciones. Leyes llenas de defectos materiales, aunque no tantos como tienen las sancionadas posteriormente, pero que no por eso dejaban de servir de punto de apoyo a otras formas de Previsión Social. A fines del año 1942, la Cámara de Diputados de la Nación había sancionado —tal como luego lo promulgó por Decreto-ley el Gobierno de facto— el régimen de jubilaciones para empleados de comercio.

El Senado, antes de empezar la discusión de dicho proyecto, solicitó la opinión técnica de la Academia de Ciencias Económicas, que, ante tal pedido, designó una Comisión especial para estudiarlo. Esta hizo notar que la edad mínima fijada para el retiro —¡cincuenta años!— era ridículamente baja; que se exigían altas contribuciones que gravitarían pesadamente sobre el costo de la vida, amén de otras consideraciones de orden moral.

Pasó el tiempo, y se aprobaron —por Decretos-leyes— las nuevas Cajas de Jubilaciones. Y los precios, tal

como se había previsto, empezaron a subir.

Las Cajas acumularon en breve plazo fuertes reservas. Pero esas reservas fueron pronto absorbidas por el Gobierno, que dió, a cambio del dinero contante y sonante, papeles de crédito. Por cierto, que yo subrayé el hecho en un artículo publicado en la «Revista de Ciencias Económicas». Recuerdo haber dicho entonces que cuando una Empresa privada tiene que acumular fondos para afrontar compromisos futuros, se desprende del dinero para invertirlo en algo que produzca renta. Pero el Gobierno —responsable de la solvencia de las Cajas— se apropiaba ese dinero para invertirlo en gastos improductivos del presupuesto, dando, en cambio, títulos cuyos intereses iban a aumentar inevitablemente las cargas públicas. Sin contar con que así se frustraba todo propósito de ahorro, de capitalización.

Al mismo tiempo, el valor de la moneda disminuía rápidamente; el costo de la vida subía a la par, y los jubilados, que ayer tenían cierta holgura, se veían obligados hoy a reducir sus gastos más elementales.

2. ¿Qué podía hacer el Gobierno provisional? Lo que ha hecho, sencillamente. Tratar de contener la inflación y, por lo que hace a los jubilados, consolidar el mal, si se me permite la expresión. Elevar las jubilaciones hasta un nivel humano —simplemente humano— y llevar al presupuesto —¿adónde si no?— las erogaciones necesarias. Y, por supuesto, olvidarse

para ello por el momento de que existe un llamado cálculo actuarial.

Pero eso no es más que una medida de emergencia que no puede bastar. Hay que tomar al toro por las astas, como se dice vulgarmente. Hay que adoptar medidas drásticas, aunque sean impopulares. ¡Y lo serán, qué duda cabe!

Ya dije que hay que olvidarse por ahora, sólo por ahora, del cálculo actuarial. Pero no hasta el punto de pensar que se puede edificar nada sólido sobre una base de arena. Es cierto que no es posible asegurar a las Cajas de Jubilaciones un equilibrio financiero y actuarial aceptable. Pero tampoco es admisible que se les prive de todas sus reservas, como parecen indicarlo los síntomas que se advierten. Aunque no sirvan para dar una perfecta estabilidad a las Cajas, las reservas que se puedan acumular han de servir para evitar situaciones angustiosas; carencia material de fondos para afrontar el aumento lógico de las jubilaciones con el correr del tiempo.

No se olvide que hay algunas Cajas que son jóvenes, muy nuevas, y que en esos primeros tiempos las recaudaciones superan normalmente a los egresos. Pero éstos aumentan pronto con los años, y con mucha mayor rapidez que los aportes y, por ende, que las reservas. Y éstas, aunque no llenen su función actuarial —equilibrar los compromisos activos y pasivos del futuro—, deben llenar por lo menos una función estabilizadora: permitir que haya siempre fondos suficientes para hacer frente a los pagos. Y esto sí es posible, porque las reservas de Previsión —no exigibles— son siempre de gran volumen: son las que pertenecen a la gran masa de contribuyentes que permanecen en actividad. Técnicamente, el ideal sería que a cada jubilable le correspondiera, en la respectiva Caja, una partida equivalente

al valor actual, en el momento, de sus derechos pasivos futuros. Pero este ideal no es por ahora realizable. Lo que sí se puede —se debería— hacer es tener disponibles los fondos necesarios para ir afrontando los compromisos, crecientes con el tiempo, de Caja. Pero si los dineros recaudados pasan, siguiendo la práctica del Gobierno —desgobierno, más bien—, de la dictadura, a rentas generales, ¿de dónde van a salir tales fondos? Es un asunto delicado, un problema que el actual Gobierno ha heredado del desdichado régimen anterior, pero que habrá de resolver con decisión antes de que sea demasiado tarde.

La delicada situación de las finanzas nacionales ha hecho que el saldo de las recaudaciones del Instituto Nacional de Previsión —una vez satisfechos los compromisos del año— pase a rentas generales. Pero ese sistema no puede perdurar. Eso no lo ignoran, por cierto, las actuales autoridades de la Nación. Mas la necesidad tiene cara de hereje. Será preciso, pues, volver, apenas lo permitan las circunstancias —cuanto antes, mejor—, a darle al Instituto Nacional de Previsión la necesaria autonomía para manejar sus fondos, de manera que pueda elegir la forma de colocarlos del modo más favorable que sea posible. Sólo así se consolidará nuestro sistema de Previsión, que los gestores nombrados por la dictadura fueron debilitando más y más cada día, aun cuando en la propaganda lo hacían aparecer como floreciente.

3. Hay además que tomar otra medida urgentísima —¡la más urgente de todas!—: elevar la edad de retiro. No es posible aceptar hoy como edad lógica la que se fijó para retirar los funcionarios del Estado francés en 1853 —¡hace más de un siglo!—, cuando en sólo unas cuantas décadas, desde 1900 hasta la fecha, la vida media

—el promedio de vida que cada cual tiene derecho a esperar— ha pasado de cincuenta a setenta años. Y, por supuesto, aumentando a la vez las condiciones de salud y vigor que hacen posible —¿qué digo posible?—, necesario el trabajo cotidiano.

Y más aun si se tiene presente que, al alargarse la vida, se ha aumentado en proporción el número de las personas que pasan de una edad dada —los cincuenta, los sesenta o los setenta años— con respecto al total de la población existente. Y que ambas tendencias, la del aumento de la vida media y la del mayor peso de las personas de edad avanzada —pero sanas— en los núcleos de población —civilizada, desde luego—, se manifiesten cada vez con mayor intensidad.

Y, por supuesto, habrá que suprimir esas jubilaciones voluntarias y de oficio, que tanto daño causan al país. Hace poco tiempo vi en los diarios una noticia, anticipada ya por radio: «El intendente municipal pide a los médicos que están en condiciones de hacerlo que inicien sus trámites jubilatorios. Medida que, a la vez que conspira contra las finanzas de la Nación, declara implícitamente ya caducos y carentes de aptitud profesional a facultativos que están en plena posesión de sus condiciones y que, por haberse asomado al medio siglo, tienen a la vez una experiencia, un ojo clínico de que los jóvenes, por razones obvias, carecen. Como se ve, es un problema de carácter económico y moral, aparte de su incidencia estadística y actuarial. Y para resolverlo hay que tomar en cuenta todos los factores que lo integran.

Por ejemplo, hay quienes temen que si se modifican las leyes de jubilaciones en el sentido de elevar la edad de retiro, puede llegar a producirse el fenómeno de la desocupación. Algo parecido a lo que está ocurriendo en

Inglaterra, en estos días, en la industria de los automotores. Yo no lo creo así. Y menos en los actuales momentos. El país sale de un período de despilfarro feroz, y necesita reconstruirse: para ello hacen falta brazos y cerebros. Para volver a su antiguo nivel —y aun superarlo— la producción agropecuaria; para crear —de verdad— nuevas industrias; para producir más en todos los terrenos. Y para eso, el elemento básico e insustituible es el hombre. Las máquinas, los «robots», por muy perfeccionados que estén, son simples factores complementarios. Pero cuantos más factores de esos haya, tantos más hombres harán falta, en definitiva, para ponerlos en marcha, para controlarlos. Siempre ha ocurrido así: recuérdese el caso de Dionisio Papín, cuyo bote, impulsado por el vapor, fué destruído por una turba ignorante que temía que ese invento produjera la desocupación. Y se atrasó de esa manera en más de un siglo la navegación a vapor.

En todo caso, la tarea de cada hombre será más fácil, más liviana. Pero surgirán nuevas aplicaciones que exigirán siempre y en cualquier circunstancia la presencia, la colaboración, el esfuerzo del hombre, sin el cual todo progreso material o moral es imposible.

Dr. JESÚS MARÍA RENGIFO: *Seguridad Social militar*.—UNIVERSITAS.—Bogotá, 1956.

Por su interés, reproducimos las partes más interesantes del siguiente trabajo:

1. *Modernos planes de Seguridad Social.*

La Seguridad Social, como moderno sistema de los Estados para resolver

las crecientes necesidades de los asociados, es apenas de ayer, pero ya de universal aplicación, en grado tal, que si bien se pueden contar como excepción los países que aun no poseen un régimen más o menos organizado de Seguros sociales; y allí donde el sistema impera, vemos un continuo esfuerzo de superación en servicios, controles, financiación y técnica administrativa, procurando que su eficacia se aproxime al ideal de protección del hombre desde antes de nacer hasta después de su muerte.

He aquí por qué un régimen de Seguros debe comprender las siguientes características, según el profesor Alfredo Gaete B., de la Universidad de Chile: a) unitario; b) total, y c) familiar. Y explica así su concepción triangular:

a) unitario, por cuanto debe ser un sistema de protección de todos los riesgos ordinarios de la vida y los inherentes al trabajo en las condiciones actuales de la civilización;

b) total, o sea, que comprenda a toda la población del país, y

c) familiar; vale decir que su aplicación no debe ser individual, sino que debe abrazar al asegurado y a su familia.

Sólo cuando un país haya cubierto los lados de este triángulo, bien puede predicar que ha conquistado la paz social en su territorio; pero de nada valen los afanes sin técnica y planificación previas, por cuanto los sistemas no se improvisan, sino que hacen al golpe constante de los años, de la reflexión, de la experiencia, de los fracasos y de los éxitos; pero para muchos pueblos es más fácil imponer un sistema heterogéneo de prestaciones patronales que formar un régimen unitario de protección social. En Colombia hicimos este doloroso recorrido con resultados negativos, hasta ob-

tener una sistematización inicial de Seguros con la Ley 90, de 1946, la cual evolucionará en forma incontenible hacia la Seguridad Social integral, y culminará en la fusión del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, Cajas de Previsión, Sendas, Ministerios de Higiene y Trabajo, bajo una sola Entidad que oriente, proteja, restaure y responda a una sola política social del Estado.

2. Evolución de legislación social militar.

El trípode de Seguros antes enunciado ha tenido una larga gestación en Colombia en las Fuerzas Militares, hasta llegar hoy a un sistema casi completo de protección social.

La Ley 149 estableció recompensas y pensiones para los miembros del Ejército y de la Armada de la República, como premio de actos ejecutados en servicio de la Patria. Creó pensiones a favor de los hijos o nietos de los militares de la Independencia, y a favor de los militares por servicios posteriores a la Independencia, siempre y cuando tales servicios no fueran inferiores a veinte años; habló también de invalidez absoluta, y fijó las entidades nosológicas que causaban la recompensa, como la pérdida completa de la vista, del oído o de la voz, la mutilación de las piernas, de los brazos, de las manos, de los pies o de cualquiera de estos miembros, y la absoluta incapacidad para trabajar, producida por alguna herida o grave lesión corporal.

La Ley 21, de 1904, exigió más causales para la recompensa y para la pensión.

La Ley 40, de 1911, crea un Cuerpo de Inválidos, y en éste pueden ingresar los inválidos que lo soliciten y que comprueben previamente: a) el grado militar efectivo, y b) la invalidez de que adolecen, consistente en la falta

completa de las manos, de los pies, o de cualquiera de estos miembros; la pérdida de ambos ojos, o la absoluta incapacidad para trabajar producida por una herida causada en acción de guerra o por cualquier otro accidente sufrido en el servicio militar.

Estos inválidos gozaban del medio sueldo correspondiente al grado que tuvieron al tiempo de la lesión que ocasionó la invalidez.

La Ley 71, de 1915, regula los siguientes puntos fundamentales:

- a) formas de retiro;
- b) pensiones, y
- c) recompensas.

a) El retiro puede ser temporal o absoluto. En el primer caso están los oficiales inscritos en el escalafón militar que no han llegado aún a la edad de retiro regulada por la misma Ley; los oficiales que son llamados a calificar servicios por haber comprobado el tiempo de servicio militar, sus campañas, acciones de guerra y demás actos de su carrera profesional o de la formación de la hoja de servicios que les da derecho a pensión o recompensa, según el caso; los oficiales que contraigan enfermedades no incurables o que sufran algún accidente que los imposibilite hasta por un año para el servicio; finalmente, los oficiales que soliciten el retiro por motivo justificado, siempre y cuando no exista compromiso para servir en el Ejército durante determinado número de años.

En el segundo caso, o sea el del retiro absoluto, se encuentran los oficiales inutilizados en acción de guerra, en campaña o en acto determinado del servicio; el oficial que se inutilice para continuar en el servicio por enfermedad incurable o por accidente que lo deje inválido de por vida; oficiales mal calificados, y oficiales que se retiren a solicitud propia por mo-

tivos justificados y por razón de edad.

Estas formas de retiro no implican en sí una sanción, y conllevan las prestaciones sociales correspondientes. Pero es indispensable distinguirlas de la separación absoluta, forma ésta que sí se considera como una pena, y se efectúa en los siguientes casos: por sentencia judicial, por disposición del Gobierno por motivos fundados, a petición de un Tribunal de Honor o a solicitud del mismo oficial, cuando por alguna causa renuncia a seguir la carrera militar. En ninguno de estos casos habrá lugar a pensión.

b) Se consideran como pensiones militares las cantidades de dinero que se suministran de por vida y periódicamente a los miembros del Ejército y de la Armada de la República, en atención al tiempo que hayan servido; pero el solo tiempo no origina la pensión, pues, según la misma Ley, la pensión nace en los siguientes casos: 1) por tiempo de servicio no menor de veinticinco años, y 2) cuando se haya inutilizado el oficial en absoluto para trabajar, por heridas en acción de guerra y por accidentes o enfermedades contraídas en el servicio por causa de él. Entonces tenemos que la pensión, en el primer caso, surge una vez que se compruebe que el interesado ha reunido veinticinco años de servicios, y en el segundo caso, cuando hay invalidez absoluta para trabajar, sin tener en consideración el tiempo de servicios; estas normas corresponden a una avanzada concepción de protección social, sólo practicada hoy en países de vieja cultura y larga experiencia en sus sistemas de Seguros sociales.

La misma Ley establece que en el caso de recuperación del oficial se suspende la pensión, y se reintegra, desde luego, al servicio.

La cuantía de la pensión será igual a la mitad del sueldo básico, y se aumentará en una vigésimaquinta parte

más del sueldo mensual del grado por cada año más de servicio militar.

Las pensiones también se conceden a los individuos de tropa en caso de invalidez relativa o absoluta. Y los inválidos relativos, tanto oficiales como individuos de tropa, pueden ser empleados en los servicios de guarnición, pero no en el de campaña.

Como situación verdaderamente trascendental, la Ley establece pensiones para los miembros de familia de los oficiales que fallezcan en acción de guerra o en actos del servicio militar y por causa de éste; se hacen también acreedores a pensión los herederos de los pensionados o que tuvieren derecho a pensión por tener ya el tiempo requerido para ello, o por ser inválidos. Los miembros de familia beneficiados con este derecho son: 1) las viudas; 2) los hijos legítimos menores de edad; 3) los padres ancianos en estado de pobreza, y 4) los hermanos legítimos menores de edad, y las hermanas mientras permanezcan solteras y observen buena conducta.

Pero como el artículo era demasiado amplio, al consagrar pensión a favor aun de los miembros de familia del oficial fallecido sin reunir los veinticinco años de servicio, fué necesario establecer limitaciones, y con tal fin se dictaron las Leyes 80, de 1916, y 72, de 1917.

Se consideraban como causales de pérdida de la pensión las siguientes:

- 1) haber contraído matrimonio, si se trataba de mujer;
- 2) ser varón en goce de empleo público;
- 3) estar la viuda del oficial, al tiempo del fallecimiento de éste, divorciada, por culpa de ella, y
- 4) no ser acreedor a esta gracia por notoria mala conducta.

En el caso de no existir deudos legítimos, el derecho se concedía a fa-

vor, en primer lugar, de las hijas naturales reconocidas, de cualquier edad, siempre y cuando estuvieran solteras y observaren buena conducta, y, en segundo, a los hijos menores de edad, naturales y también reconocidos.

c) Son recompensas militares las cantidades que se conceden por una sola vez a los miembros del Ejército y de la Armada de la República, como premios de actos ejecutados en servicio de la Patria.

Esta definición que trae la Ley entraña ciertas incongruencias, por cuanto a primera vista parece que la recompensa sólo se concede a favor de la misma persona, pero en el artículo 27 dice que son causales de recompensa la muerte recibida en el campo de batalla u otra acción de guerra, o al desempeñar alguna función del servicio, o a manos de enemigos armados contra la Patria o el Gobierno legítimo, y la muerte posterior causada por heridas recibidas en cualquiera de estos casos, y, finalmente, acción distinguida de valor, aun cuando no conlleve invalidez relativa. Esta recompensa fué suprimida por la Ley de 1916.

Como se puede apreciar por estas causales, los beneficiados con el valor de la recompensa no son directamente los oficiales, sino sus herederos, a menos que del desempeño de la función del servicio o de la acción distinguida de valor el oficial quede inválido relativo, por cuanto con la invalidez absoluta hay lugar a pensión.

El valor de la recompensa en caso de muerte será una cantidad igual al sueldo del grado militar en dos años, y en el caso de invalidez, al sueldo de un año, lo mismo que para las acciones distinguidas de valor, la cuales se premian en esta forma, aun cuando ellas no dejen en el individuo una invalidez relativa.

La Ley 72, de 1917, señala causales de pérdida de la pensión o recompen-

sa más drásticas que las anteriores, y privó del derecho a los hijos naturales.

La Ley 40, de 1922, consagra a favor de los militares que contraigan la enfermedad de la lepra durante su servicio en el Ejército el derecho, además del asilo en los leprocomios nacionales, al sueldo correspondiente a su grado mientras permanezcan en los lazaretos.

La Ley 75, de 1925, estableció por vez primera la Caja de Sueldos de Retiro con personería jurídica y patrimonio propio. Su organización y reglamentación se confió a una Misión suiza, la cual se encargó de hacer los cálculos correspondientes a las cargas que sobre tal Entidad iban a pesar; pero leyes posteriores y obligaciones imprevistas se encargaron de que éstas superaran sus ingresos, y fué condenada desde entonces a vivir del Presupuesto Nacional.

El artículo más trascendental de esta Ley, y que ha dado origen a diferentes debates en el Ministerio de Guerra y en el Consejo de Estado, es el 22, que así reza: «Los herederos de los militares que cumplieren o hubieren cumplido más de veinticinco años de servicio, y los herederos de los militares que fallezcan en acción de guerra o en actos de servicio militar y por causa del mismo, cuando los causantes tengan más de veinte años de servicio y menos de treinta, tendrán derecho a una pensión cuya cuantía será igual a la tercera parte del sueldo correspondiente al último grado militar del causante, en el orden siguiente:

- a) la viuda, mientras no contraiga nuevas nupcias;
- b) el grupo de hijos menores y el de hijas célibes, dividido entre todos a prorrata.

Fué la Ley 2.ª, de 1945, la que vino a marcar una etapa de más avanzada,

y en forma especial a reorganizar la carrera de los oficiales, y de manera especial después de haber asistido al final de la carrera militar, con el Decreto 1.813, de 1944, que dejó a voluntad del Gobierno la estabilidad profesional militar.

Cabe anotar aquí que en esta Ley se establece un límite de tiempo de servicios para el retiro: a solicitud propia, después de los veintidós años con derecho a sueldo de retiro, y a voluntad del Gobierno, a los quince años. Pero cuando el tiempo supera los quince, la asignación se aumenta en un 4 por 100 por cada año, sin que el total pueda pasar del 80 por 100 del sueldo de actividad.

Establece también las oscilaciones de las pensiones de retiro, tomando en todo tiempo como base el sueldo de actividad vigente en cada grado, en forma que las asignaciones de retiro sigan proporcionalmente las oscilaciones de los sueldos de actividad.

Cuando el retiro obedece a invalidez antes de cumplir el tiempo necesario para asignación de retiro, el militar tiene derecho a que el Tesoro Público le pague el valor de un mes del último sueldo devengado por cada año de servicio, y además, por una sola vez, una compensación en dinero, que variará entre dieciocho y treinta y seis meses del último sueldo devengado.

Cuando se tiene derecho a sueldo de retiro, hay lugar al pago, además de la compensación en dinero por invalidez, en la forma atrás anotada.

En el caso de invalidez absoluta, el militar tiene derecho a una asignación mensual de retiro igual al sueldo de actividad correspondiente al grado que tenía en el momento de ser retirado.

Reglamenta también el citado Estatuto las prestaciones por causa de muerte, y señala el orden hereditario para el reconocimiento de prestaciones sociales.

Las Leyes 100, de 1946; 101, del mismo año; 81, 82 y 83, de 1947; 100, 124 y 137, de 1948, sólo vienen a adicionar y modificar la Ley 2.ª, de 1945.

Tantas modificaciones, sustituciones, derogaciones, subrogaciones y aclaraciones, estableciendo siempre la norma rutinaria de que quedan derogadas las disposiciones que le sean contrarias, vino a crear un verdadero caos y una colcha de retazos en la legislación social militar; y si a esto agregamos las interpretaciones, no siempre constantes, del H. Consejo de Estado, podemos afirmar que ya no se sabía dónde comenzaba y dónde terminaba el derecho. Se impuso en forma tal la necesidad inaplazable de hacer un nuevo Estatuto que recogiera, a través de la historia de la legislación social militar, las disposiciones más benéficas y de fácil aplicación, y así nacieron los Estatutos fundamentales que hoy regulan la actividad militar: los Decretos legislativos números 3.220, de 1953, sobre carrera de oficiales, y el 501, de 1955, sobre suboficiales. Está ahora en preparación el Estatuto del personal civil.

3. Organización social militar actual.

Los Decretos ya citados, 3.220, de 1953, y 501, de 1955, comprenden hoy el más completo plan de prestaciones sociales de carácter oficial. Estudiemos cada una de éstas a la luz de los principios que informan la Seguridad Social universal:

I. *Carrera profesional.*—Ningún militar podrá ser dado de baja por voluntad del Gobierno antes de cumplir los tiempos mínimos para tener sueldo de retiro, a menos que existan causales especiales, como sentencia condenatoria de un Tribunal disciplinario, de un Tribunal de honor o de la Justicia penal militar, o por incompetencia para la carrera.

Los oficiales no pueden ser retirados antes de los quince años, y los suboficiales, antes de los diez. Esta norma establece una completa garantía y seguridad en la carrera de las armas, pues no están sus miembros sujetos a las muy frecuentes reorganizaciones administrativas, que conllevan el despido de los servidores públicos por motivos políticos o regionales; el militar se siente seguro y sabe que no está sujeto al capricho de los vaivenes políticos o de las intrigas regionales; esta estabilidad acumula experiencia y eficacia en el desarrollo del trabajo que a cada uno se le confíe en su especialidad.

II. *Salario familiar.*—Existe una escala ascendente de sueldos básicos correspondiente al grado de cada militar y remuneraciones adicionales, en el siguiente orden:

1) Prima de actividad, igual al 15 por 100 del sueldo básico mensual para los oficiales, y del 25 por 100, para los suboficiales, con el fin de fomentar su permanencia en la actividad.

2) Prima mensual de alojamiento para el personal casado y con hijos, liquidado en la forma siguiente:

Oficiales del grado de Capitán, inclusive, en adelante y sus equivalentes, en la Armada, casados sin hijos, el 20 por 100.

Oficiales de los grados de Teniente y Subteniente, y sus equivalentes, en la Armada, casado sin hijos, el 25 por 100; igual para suboficiales.

Por el primer hijo, un 5 por 100 más.

Con más de un hijo, un 4 por 100 más por cada uno.

Pero este derecho no se concede sino a favor de los militares que comprueben que sostienen su hogar, o que sus hijos dependen de ellos económicamente para su sostenimiento y educación.

Esta prima de alojamiento se disminuye por los siguientes hechos:

- a) por muerte;
- b) por emancipación voluntaria;
- c) por matrimonio;
- d) por haber cumplido la edad de veintiún años, salvo el caso de los estudiantes que dependen económicamente del militar;
- e) por haber conseguido la independencia económica antes de cumplir los veintiún años;
- f) por profesión religiosa.

El salario familiar así establecido sí resuelve económicamente al interesado, pues los aumentos son mayores para los grados superiores, y menores, para los inferiores, pues siempre he sostenido que el salario familiar es necesario medirlo en función directa de la posición social de cada familia. Las cantidades fijas pueden resolver el problema a los trabajadores de baja remuneración, pero en nada influyen en aquellos de más altos salarios; de manera que, en razón directa de una justicia distributiva, es indispensable establecer remuneraciones adicionales, pero a base de porcentajes.

3) Con el fin de fomentar el matrimonio, se establece una prima especial por una sola vez, equivalente a un mes de sueldo correspondiente al grado del militar.

4) Como norma de carácter general para todos los trabajadores públicos y privados, también se concede a los militares una prima de Navidad, igual a la mitad de su sueldo básico, liquidada con base en lo que haya devengado el militar en el mes de noviembre, y de acuerdo con su grado.

5) Los militares tienen derecho, además, a una prima denominada de servicios, que se liquidará en todo tiempo conforme a los sueldos básicos de actividad, así: el 10 por 100, al cumplir los suboficiales diez años, y

los oficiales, quince, y 1 por 100 más por cada año que exceda de los años citados; y

6) Los oficiales General en servicio activo gozan de una prima mensual de gastos de representación, igual al 30 por 100 del sueldo básico correspondiente a su grado.

III. *Prestaciones sanitarias, incapacidades, invalideces e indemnizaciones.* Los militares en servicio activo tienen derecho a las siguientes prestaciones, en orden a la recuperación de su salud:

1) Sanitarias. Se les suministra atención médica, quirúrgica, odontológica, servicios hospitalarios y drogas, para ellos, para sus esposas e hijos legítimos no emancipados. En esta forma, la protección social se cumple en forma completa, favoreciendo a la familia, pues con frecuencia una enfermedad de la esposa o del hijo es el origen de serios quebrantos económicos en el hogar, y no siempre se presta con la misma eficacia de un Cuerpo organizado, como lo es la Sanidad Militar. El padre de familia tiene que conjugar en un momento el servicio con la economía, y cuando busca lo mejor, muchas veces se compromete temerariamente, y con no poca frecuencia puede cumplir después.

2) Económicas. Durante todo el tiempo que dure la incapacidad del militar, sin exceder de un año, según lo veremos más adelante, se le paga un sueldo íntegro, como si se encontrara en servicio; esto a diferencia de otras Instituciones de Seguridad Social, que reconocen a título de subsidio un tanto por ciento del sueldo que se percibe, y eso bajo diferentes condiciones, no siempre justas y acordes con las crecientes necesidades familiares en tales momentos.

3) Ya entramos aquí a estudiar la parte más importante, revolucionaria

y técnica, de las prestaciones sociales del personal al servicio de las Fuerzas Armadas. Se trata del nuevo Reglamento de Invalideces e Incapacidades.

El estudio de este Reglamento estuvo a cargo de una Comisión, de la cual formé parte como asesor jurídico. En él se consideró la más moderna terminología sobre riesgos profesionales, las recomendaciones de la O.I.T. y de la Organización Mundial de la Salud y la experiencia de catalogación de diferentes países. En el Informe que sobre este particular presentamos, expusimos:

«Hemos distinguido las incapacidades de las invalideces, tecnicizando en este aspecto la terminología usada en los Decretos 3.220, de 1953, y 501, de 1955, en los cuales se toma como invalidez cualquier clase de incapacidad; este Reglamento no podría colocarse a espaldas de la terminología universalmente usada en estas materias, y tenía que aceptar las distinciones que sobre el particular se hacen; la incapacidad es un término genérico que cubre una gama de imposibilidades para el trabajo, que va desde la incapacidad relativa hasta la invalidez; de ahí, podemos afirmar, que toda invalidez es una incapacidad, pero no toda incapacidad es una invalidez; como consecuencia de esta afirmación, en el artículo 4.º de este proyecto damos las diferentes definiciones de incapacidad permanente y total, o sea, la dejada por lesiones o estados patológicos que inhabilitan absolutamente al paciente para ejercer toda clase de trabajo remunerado, así sea civil o militar.»

Con efecto, el artículo 4.º del Reglamento dice:

«Sea cual fuere el origen de la incapacidad, ésta puede ser: relativa o absoluta, temporal o permanente e invalidez.

»Se entiende por incapacidad absoluta y permanente toda afección orgánica, alteración funcional, enfermedad o mutilación que determine de por vida una incapacidad total para el trabajo en las actividades de la vida militar. La actividad de la vida militar es aquella que debe desarrollar el individuo mientras permanezca al servicio de las Fuerzas Armadas.

»Se entiende por incapacidad relativa permanente toda afección orgánica, alteración funcional, enfermedad o mutilación que determine de por vida una disminución de la capacidad para el trabajo en las actividades de la vida militar.

»Se entiende por incapacidad absoluta temporal toda afección orgánica, alteración funcional, enfermedad o mutilación que determine una incapacidad total para el trabajo en las actividades de la vida militar, en forma transitoria.

»Se entiende por incapacidad relativa temporal toda afección orgánica, alteración funcional o enfermedad que determine una disminución de la capacidad para el trabajo en las actividades de la vida militar, en forma transitoria.

»Se entiende por invalidez la incapacidad permanente y total, o sea, la dejada por lesiones o estados patológicos que inhabilitan absolutamente al paciente para ejercer toda clase de trabajo remunerado, así sea civil o militar. Cuando el inválido no puede moverse, conducirse o efectuar los actos principales de la existencia sin la ayuda permanente de otra persona, se le denomina "Gran Invalidez".»

En el estudio y determinación de una cualesquiera de estas incapacidades no debe olvidarse de contemplar siempre el ángulo de la vida militar, pues si a primera vista y muy a la ligera se leen las anteriores definiciones, se puede decir que la incapacidad ab-

oluta y permanente es la misma invalidez; pero la primera mira únicamente la imposibilidad del individuo de continuar en el servicio militar activo, pero puede desempeñar algunas actividades de orden estrictamente civil; en cambio, la invalidez es la incapacidad para desempeñar toda clase de trabajo, así sea éste militar o civil.

Por primera vez en el país se presenta una nueva figura en este Reglamento, con miras siempre a buscar una mayor protección humana, agotando todos los esfuerzos para recuperar a la persona y tratar de volverla a la vida civil hasta donde sea posible, en las mismas condiciones físicas en que ingresó. Por esta razón, las incapacidades absoluta temporal y relativa temporal, para efectos de indemnización o tratamiento, pierden el carácter de temporales después de tres meses; hasta los doce, se tiene como incapacidad prolongada; después de los doce meses se considera como incapacidad permanente o definitiva, y la Sanidad debe fijar el índice de incapacidad para efecto de prestaciones sociales.

En esta forma, el personal al servicio de las Fuerzas Armadas queda protegido hasta por un año para obtener su recuperación, con sus prestaciones asistenciales y económicas respectivas. Y acorde con esta medida, y como un afán de tornar al hombre a su primitiva actividad, se establece la rehabilitación, la cual la define el artículo 14 como el proceso que tiende a capacitar de nuevo a una persona, física y psíquicamente, para la vida activa del trabajo, y, en consecuencia, comprende:

- a) La reeducación de órganos lesionados, como una de las fases del tratamiento médico;
- b) La sustitución o complemento de órganos mutilados por medio de aparatos protésicos u ortopédicos, siempre que ello sea posible y necesario, y

- c) La readaptación profesional, como el conjunto de esfuerzos tendentes a convertir al individuo en una persona económicamente activa, y a procurar conseguirle una ocupación compatible con sus aptitudes.

Terminado el tratamiento de una persona y aplicada la técnica de rehabilitación, se procede a fijar la disminución de su capacidad de trabajo y el índice de lesión dejado en concordancia con la edad paciente, la cual, como se dice en el Informe, «incide en la siguiente forma: a mayor edad, mayor indemnización, por cuanto existe menor probabilidad de recuperación o readaptación, y a menor edad, menor indemnización, por ser mayor la probabilidad de recuperación o de readaptación».

IV. *Prestaciones por tiempo de servicio.* — Las prestaciones sociales por retiros se presentan en los siguientes casos:

- 1) Los oficiales que se retiren del servicio por solicitud propia, antes de cumplir veinte años de servicio, no tienen derecho a sueldo de retiro, sino a un auxilio de cesantía, el cual se liquida a razón de un mes de sueldo por cada año completo de servicio o fracción mayor de seis meses, aproximada a un año. Para los oficiales de vuelo, el término queda reducido a quince años.

- 2) Los oficiales de las Fuerzas Militares podrán ser retirados de servicio activo, por voluntad del Gobierno, después de los quince años, y los oficiales de vuelo de la Fuerza Aérea, a los doce años, con derecho a sueldo de retiro, el cual les será pagado por la Caja de Retiro de las Fuerzas Militares; el sueldo será equivalente al 50 por 100 del sueldo correspondiente a su grado, por los primeros quince años de servicio, y se aumentará en un 4 por 100 por cada año de servicio que exce-

da de los quince, sin que el total pueda sobrepasar del 85 por 100 de la asignación de actividad. En los oficiales de vuelo la base es de doce años.

3) Oficiales que sean retirados del servicio por sobrepasar la incapacidad técnica antes de cumplir los quince años de servicio, o doce, si fueran oficiales de vuelo, respectivamente, tendrán derecho a un auxilio de cesantía, liquidado en la misma forma anotada en el primer caso, y los retirados por invalidez tendrán derecho, además, a las indemnizaciones ya estudiadas en el Reglamento especial, que atrás estudiamos.

4) Como los límites de doce, quince y veinte años, según sean los casos, como ya lo vimos, crean los derechos a sueldo de retiro, cuando la baja se produce con tiempo excedente a estos límites, se tiene derecho, además, al reconocimiento de un auxilio de cesantía por cada año que exceda de los citados límites, el cual se liquidará a razón de un mes de sueldo por cada año, y con aproximación a un año por las fracciones superiores a seis meses. Es una forma igual a la establecida en las pensiones de jubilación cuando el trabajador civil se retira de su Empresa después de los veinte años de servicio y con derecho a pensión; entonces se le reconoce esta prestación y una cesantía por el tiempo excedente.

5) Separación del servicio en forma absoluta, a petición de un Tribunal disciplinario o de un Tribunal de honor, no tiene derecho a gozar de asignación de retiro; solamente tiene derecho al reconocimiento de un mes de sueldo correspondiente a su grado por cada dos años o fracción mayor de un año del tiempo de servicio que hubiera prestado, a la devolución, sin intereses, de las cuotas que hubiere consignado en la Caja de Retiro, y, si fuere el caso, a la indemnización por invalidez adquirida en el servicio.

6) Separación del servicio en forma absoluta, en virtud de sentencia condenatoria de la Justicia militar o de la ordinaria, en la cual se imponga pena de presidio o prisión, no goza de asignación de retiro; solamente tiene derecho a la devolución, sin intereses, de las cuotas que hubiere consignado en la Caja de Retiro; a un mes de sueldo correspondiente a su grado por cada tres años o fracción mayor de dos años del tiempo de servicio que hubiere prestado, y, si fuere el caso, a la indemnización por invalidez adquirida en el servicio.

7) Los suboficiales que se retiren del servicio a voluntad propia antes de cumplir quince años de servicio, tienen derecho a un auxilio de cesantía igual a un mes del último sueldo por cada año de servicio y por fracción mayor de seis meses aproximada a un año.

8) Cuando el retiro de los suboficiales sea por voluntad del Gobierno después de los diez años, por sobrepasar la edad máxima correspondiente al grado o por incapacidad profesional, tienen derecho a sueldo de retiro.

9) Si el suboficial se retira a solicitud propia después de los quince años, también tiene derecho a sueldo de retiro y a un auxilio de cesantía por tiempo excedente a los diez. El sueldo de retiro es igual al 50 por 100 de su asignación de actividad por los primeros diez años, y se aumenta en un 4 por 100 por cada año excedente, sin sobrepasar del 85 por 100 de la asignación de actividad.

10) Los suboficiales retirados del servicio por sobrepasar la edad correspondiente al grado, por invalidez relativa o por incapacidad profesional antes de cumplir diez años de servicio, tienen derecho a un auxilio de cesantía igual a un mes de sueldo por cada año de servicio, y con aproximación

a un año por fracciones mayores de seis meses.

11) Los suboficiales separados del servicio en forma absoluta, a petición de un Tribunal disciplinario o de un Tribunal de honor, no gozan de asignación de retiro; solamente tienen derecho a un mes de sueldo correspondiente a su grado por cada año de servicio o fracción mayor de seis meses, y, si fuere el caso, a la indemnización por invalidez adquirida en el servicio.

12) Los suboficiales separados en forma absoluta del servicio, en virtud de sentencia condenatoria de la Justicia militar o de la ordinaria, no gozan tampoco de sueldo de retiro, pero tienen derecho a un mes de sueldo correspondiente a su grado por cada año o fracción mayor de seis meses del tiempo de servicio que hubiere prestado, y, si fuere el caso, a la indemnización por invalidez adquirida en el servicio.

13) Los civiles que presten veinte años continuos o más de servicios tienen derecho a su retiro, a una pensión vitalicia de jubilación, sin tener en consideración la edad; a un auxilio de cesantía por el tiempo excedente y a la indemnización por invalidez, si fuere el caso.

14) Los civiles que presten veinte años discontinuos o más, y tengan cincuenta años de edad o más, tienen derecho a pensión de jubilación en la misma forma anotada, a la cesantía e indemnización por invalidez, si fuere el caso.

15) Los civiles que se retiren, a solicitud propia o por voluntad del Gobierno, antes de cumplir veinte años de servicio solamente tienen derecho al auxilio de cesantía, a razón de un mes de sueldo por cada año, y proporcionalmente por las fracciones de año, a la indemnización por invalidez, si fuere del caso.

V. *Prestaciones por causa de muerte.*—En caso de muerte de un militar, se pagarán las prestaciones por muerte, a los herederos, que establecen los Decretos 3.220, de 1953, y 501, de 1955. Estas prestaciones son:

1) Cuarenta y ocho meses del sueldo correspondiente al grado del causante, cuando la muerte es causada por heridas o accidente aéreo en combate, o por acción directa del enemigo, bien sea en conflicto internacional o en el mantenimiento del orden público, y al pago doble de la cesantía a que tenga derecho el causante.

2) Si el militar tenía ya derecho a sueldo de retiro, se reconoce una pensión a favor de tales herederos, la cual será liquidada y cubierta en la misma forma que la asignación de retiro, de acuerdo con el tiempo de servicio del causante.

3) Si la muerte es causada por accidente aéreo en misión del servicio, o por accidente del servicio, los herederos tienen derecho al valor de tres meses de los haberes correspondientes al grado y al pago doble de la cesantía del causante, y si éste ya tenía derecho a sueldo de retiro, los herederos gozarán de pensión, lo mismo que en el primer caso.

4) Si la muerte del militar es por causa diferente a las enumeradas anteriormente, y antes de tener derecho a sueldo de retiro, los herederos recibirán una compensación igual a dos años de sueldo del causante y el auxilio de cesantía correspondiente.

5) Si el militar muere en servicio activo y tiene ya derecho a sueldo de retiro, sus herederos tendrán derecho a la pensión y al auxilio de cesantía que le correspondía al causante.

6. A la muerte de un militar en goce de asignación de retiro o de pensión, sus herederos tienen derecho a una pensión mensual equivalente a las

dos terceras partes de la asignación de retiro del causante.

7) Las pensiones que se otorguen por fallecimiento del militar se extinguen para la viuda, si contrae nuevas nupcias, y para los hijos o hermanos que se emancipen civilmente o lleguen a la mayor edad; se exceptúan de esta norma las hijas o hermanas célibes y los hijos con incapacidad permanente para el trabajo.

8) Los herederos forzosos de los alumnos de las Escuelas de Formación de Oficiales tienen derecho en caso de muerte del alumno, por causa de accidente ocurrido durante su entrenamiento o su servicio, al pago de una indemnización igual a \$ 3.000,00, por una sola vez, y a los gastos de sepelio hasta por \$ 500,00.

9) El Ministerio paga también los gastos de inhumación de los militares, según tarifas prefijadas en los mismos Estatutos.

10) Según la Ley 2.ª, de 1945, si fallecía uno de los herederos, o se emancipaba, su cuota de pensión acrecía a favor de los demás. Pero esta norma no fué reproducida por los Decretos 3.220, de 1953, y 501, de 1955, y, por lo tanto, se entiende que quedó suspendida. El H. Consejo de Estado, sobre este caso, ha dicho: «Entre las disposiciones de los Decretos 3.220, de 1953, y 501, de 1955, por medio de los cuales se reorganiza la carrera de los oficiales y suboficiales de las Fuerzas Militares y Marinería de la Armada Nacional, respectivamente, no sólo no se reprodujo el mandato contenido por el artículo 53 de la Ley 2.ª, de 1945, relativo al acrecimiento en favor de los beneficiarios de militares fallecidos en actividad en goce de sueldo de retiro, sino que, así puede afirmarse, aquel mandato fué expresamente suspendido por los artículos 188 del primero de los Decretos y 157 del relativo a suboficiales, de los cuales el

primeramente citado, en términos casi idénticos a los del segundo, dispone:

»"Suspéndense todas las disposiciones legales que tratan de jerarquía, clasificación, ingreso, formación, ascenso, asignaciones y primas, retiros, separación, prestaciones sociales, reservas y destinación de los oficiales de las Fuerzas Militares, y deróganse las disposiciones pertinentes de los Decretos legislativos vigentes sobre la materia."

»Si, pues el artículo 53 hace parte del capítulo II de la Ley 2.ª, de 1945, y éste contiene las disposiciones que antaño regulaban lo relativo a "prestaciones sociales por causa de muerte", es preciso que el derecho de acrecer, consagrado en favor de los beneficiarios de los militares fallecidos, suspendido está desde la fecha en que entraron en vigencia los Decretos 3.220, de 1953, y 501, de 1955, Decretos que hoy reglamentan o regulan integralmente las cuestiones atañeradas a la jerarquía, clasificación, separación, prestaciones sociales, reserva y destinación de los oficiales y suboficiales de las Fuerzas Militares.

»En favor del acrecimiento para tales beneficiarios, no podrían invocarse los artículos 1.206 y 1.213 del Código civil, por que sabido es que para ellos, los beneficiarios, algunas determinaciones se reconocen, no a título de herederos del oficial o suboficial, sino en virtud de que así lo tienen establecido disposiciones de estatutos especiales.

»Como consecuencia de la suspensión del precepto legal que el derecho al acrecimiento consagraba, a partir de la vigencia de los Decretos 3.220, de 1953, y 501, de 1955, no es, pues, legalmente posible el reconocimiento de aquel derecho, así los causantes se hubieren retirado o fallecido con anterioridad a dichas fechas.

»Los acrecimientos decretados bajo el imperio de la Ley antigua constitu-

yen derechos adquiridos, porque son ellos, "consecuencias jurídicas nacidas en virtud de una ley vigente al cumplimiento del hecho previsto en la misma Ley", y así tales acrecimientos no pueden ser desconocidos ni suspenderse con fundamento en la Ley nueva.» (Concepto de fecha 7 de septiembre de 1956.)

VI. *Conclusión.*—De la exposición anterior bien podemos concluir que nos encontramos frente a un plan de Seguridad Social estatal que realiza el principio de protección al hombre aun hasta después de su muerte, y esto es apenas lo justo, lo humano; planes similares se están adelantando ya en lo nacional con el establecimiento de dos Instituciones centrales que orientan la política social del Gobierno: el Seguro Social y Sendas, y no está lejano el día en que, como lo afirmé al principio de este escrito, se fusionen todas las Entidades de protección social en una sola, denominada Ministerio de Seguridad Social.

JUAN EUGENIO BLANCO: *La prestación de acción formativa.*—REVISTA DE DERECHO DEL TRABAJO.—Madrid, julio-agosto 1956.

El Mutualismo Laboral español se halla dedicado en estos años últimos a la creación de Universidades Laborales, que, por su interés en la vida social del país, merecen ser conocidas a través de este breve estudio de su desarrollo.

«Con la creación de las Universidades Laborales, el Mutualismo ha iniciado una política de gran estilo, sacrificando resultados inmediatos, que tendrían una repercusión efectista, en aras a unas metas de largo alcance, pero

que pueden considerarse de segura consecución. El Mutualismo Laboral ha extendido una letra, que se hará efectiva con toda solvencia dentro de varios años. Es saludable comprender cómo las actuales generaciones de mutualistas han detraído considerables cantidades de los fondos de reserva de sus Instituciones para conseguir un objetivo que, muy probablemente, sólo en muy corta medida llegará a beneficiarles de manera directa. Cuando las promociones de algunos capacitados en las Universidades Laborales vayan saturando en el espacio de varios lustros la realidad del mundo del trabajo y de la cultura, habrá de dedicarse un agradecido recuerdo a los trabajadores representados por los actuales miembros de las Juntas rectoras y Organos de gobierno de las Instituciones, que cimentaron un edificio en el que de antemano sabían no habían de cobijarse; que abrieron a las juventudes españolas unos horizontes de alegre superación que sólo en sueños pudieron concebir quienes hoy han entrado en la madurez.

No son las Universidades Laborales, como maliciosamente se ha apuntado, unas gigantescas incubadoras para la producción de candidatos a un título universitario. Si partimos de que actualmente —salvo excepciones de casi patológica incapacidad intelectual— un título universitario puede conseguirse cuando el aspirante tiene la suficiente capacidad económica para abonar los gastos de matrícula, estudios, residencia, etc., hasta terminar el último curso; es decir, si declaramos con una dolorosa valentía que el lograr un título universitario —hablamos en términos generales— es una cuestión fundamentalmente económica, podría pensarse que al estar garantizadas en este sentido las promociones de «universitarios laborales», nada se opone a que todos sus alumnos culminen como gra-

duados en las distintas Facultades o Escuelas especiales.

Pero no se trata de eso. Las Universidades Laborales no suponen la irrupción masiva de hijos de trabajadores españoles en las Universidades del Estado, sino la posibilidad de selección entre esta cantera secularmente inexplorada de aquellas individualidades que, por sus condiciones de aptitud intelectual, merezcan el ascenso hacia estudios superiores que los que fatalmente le estaban designados en virtud de un deficiente mecanismo social. El impacto de estos estudiantes, intelectualmente dotados y provistos de una sólida formación moral en las Universidades españolas, se hará sentir fructuosamente al incidir en la ingente masa de los que actualmente cursan estudios superiores sin más razón que la de contar con posibilidades económicas para ello, y en un plazo no lejano puede llegar a provocar la realización de una de las más elementales medidas tendentes a evitar la plétora universitaria, la auténtica selección de los más aptos (en otras palabras, la exclusión de los ineptos) y la revalorización de los títulos universitarios.

El derecho a la cultura sin barreras, concebido ya en en los textos fundamentales del Movimiento, ve la luz por obra y gracia del Mutualismo Laboral. Derecho a la cultura, que supone también un derecho a penetrar en los secretos de la técnica, un derecho a apropiarse de los instrumentos de proceso civilizatorio. Todas las derivaciones pedagógicas se encuentran comprendidas en el complejo cultural de las Universidades Laborales, de cuyas aulas surgirán, bien directamente o pasando por el tamiz universitario estatal, magníficos torneros, mecánicos y abogados, técnicos industriales y médicos, ingenieros y ebanistas, hombres especializados en todas las ramas del hacer y del saber. Por primera vez, y con

plena justicia, se practicará en este orden de cosas el *suum tribuere*, el dar a cada uno según sus merecimientos, conforme sus aptitudes espirituales, las más nobles, las que hasta ahora rara vez se tenían en cuenta para discernir dignidades y honores.

La pequeña historia de las Universidades Laborales comenzó con el célebre discurso pronunciado en Sevilla por José Antonio Girón en el otoño de 1950. Allí proclamó el entonces actual Ministro de Trabajo que «vamos a crear gigantescas Universidades Laborales, castillos de la reconquista nueva, donde vosotros, y sobre todo vuestros hijos, se capaciten no sólo para ser buenos obreros, que eso es poco, y eso es todo lo más que quisieran los enemigos. Vamos a crear centros enormes donde se formen, además de obreros técnicamente mejores, hombres de arriba a abajo, capacitados para todas las contiendas de la inteligencia, entrenados para todas las batallas del espíritu, de la política, del arte, del mando y del poder. Vamos a hacer hombres distintos; vamos a formar trabajadores dentro de unos españoles libres y capaces. Y vamos a hacer la revolución de los hombres, y no la revolución de unas máquinas de rendir trabajo. Rendir trabajo es poco. Tenemos derecho a rendir Historia».

Con el laconismo «funcional» que lo caracteriza, sólo dos artículos ha dedicado el Reglamento General del Mutualismo para estructurar la prestación de Acción Formativa, a través de la cual ha de desarrollarse la gran política de extensión y selección cultural entre los hijos de trabajadores. Dicen así:

«Las Juntas rectoras de las Instituciones podrán conceder prestaciones de Acción Formativa a los huérfanos e hijos de sus mutualistas o pensionistas, en la forma y condiciones que re-

gulará el Ministerio de Trabajo.» (Artículo 143.)

«Para la concesión de estas prestaciones, las Instituciones constituirán, en el momento que determine el Ministerio de Trabajo, el "Fondo de Acción Formativa", que se nutrirá con el 2 por 100 de la cotización del ejercicio anterior.» (Art. 144.)

Para completar y desarrollar estos preceptos se han dictado por el legislador diversas disposiciones, tales como la Orden de 18 de enero de 1955, que creó el Consejo Técnico de las Universidades Laborales, y la Orden de 12 de julio de 1956, conjunta de los Ministerios de Educación y Trabajo, que aprobó los Estatutos de dichas Instituciones. La concesión de prestaciones se ha reglamentado por Orden del Ministerio de Trabajo de 23 de noviembre de 1955 (publicada en el «Boletín del Mutualismo Laboral», núm. 12, de diciembre de 1955). Esta disposición entraña categóricamente la prestación de Acción Formativa, prevista en los artículos 143 y 144, transcritos, con las Universidades Laborales, al establecer en su artículo 1.º que aquélla se desarrollará exclusivamente en dichas Entidades. El mismo artículo señala que la finalidad de la prestación es facilitar el acceso a una mayor capacitación intelectual y profesional a los huérfanos e hijos de mutualistas y pensionistas.

La grandiosidad de la obra iniciada puede deducirse al conocer los Estatutos de las Universidades Laborales, aprobados por Orden ministerial de 12 de julio de 1956, ya mencionada. Su preámbulo es una magnífica exposición de lo que significan las nuevas Instituciones, y recomendamos su lectura a quienes todavía «no las entienden». En su articulado se determinan detalladamente las características y el funcionamiento de las Universidades dentro de capítulos destinados a misión, per-

sonalidad jurídica y funciones, patronato, emblemas y símbolos, demarcación geográfica, sistema docente para la formación de la juventud, pruebas y calificaciones, sistema docente para la educación del trabajador adulto, extensión cultural, protección escolar y Colegios Mayores, Consejo Técnico, investigación laboral, régimen de gobierno, régimen administrativo, régimen económico, profesorado, alumnos, calendario y horario escolar, disciplina, servicios y medios didácticos.

La función de las Universidades queda en sus Estatutos especificada en la siguiente forma:

A) Formar, educar y adiestrar a la juventud trabajadora en el orden humano, profesional y técnico a través de los diversos grados docentes.

B) Enriquecer el espíritu y la dignidad social de los trabajadores adultos y atender a su perfeccionamiento técnico y profesional.

C) Elevar el nivel cultural, social y de producción en el área agrícola o industrial de la Universidad, o en otros sectores de la economía, mediante cursos y campañas específicas.

D) Facilitar, a través de un sistema becario o mediante la creación de instituciones adecuadas, el acceso de los alumnos más capaces, o de probada vocación, a otros estudios de cualquier jerarquía, bien en los establecimientos propios o en aquellos donde se impartan las enseñanzas correspondientes.

Trasciende de lo que llevamos escrito el que las Universidades del Mutualismo Laboral no se limiten a la formación de juveniles (si bien es ésta su esencial finalidad), sino que extienden su ámbito a la capacitación cultural y técnica de los propios mutualistas. En el curso inicial, próximo a realizarse, se desarrollarán ya enseñanzas para adultos.

Pensando honradamente, no sólo se-

ría objeción, cabe oponer al ambicioso plan: la reducida proporción de alumnos que entre el total de hijos de trabajadores españoles se seleccionarán para cursar estudios en los distintos centros docentes. Pero esta objeción, puramente cuantitativa, implica un reconocimiento de la necesidad de la acción formativa emprendida y de la idoneidad del vehículo que se ha arbitrado para conseguirla: las Universidades Laborales, que abren sus aulas en este octubre augural de 1956.»

Dr. RUEDER (Hamburgo): *El Seguro Social alemán*. — TOCO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA.—Madrid, octubre 1956.

Por su interés, transcribimos del citado trabajo la parte en que, después de una exposición sintética del sistema alemán de Seguros sociales, se refiere a algunas reformas deseables, a su juicio.

Sería, a juicio del autor, deseable ocuparse del mantenimiento del estado de salud para que, mediante el reconocimiento precoz de las enfermedades, se pueda dar impulso a la profilaxia y rebajar los gastos de tratamiento de la enfermedad, hasta ahora solamente asegurada. También sería de gran importancia el estimular y fomentar la propia responsabilidad de cada uno de los asegurados.

Nos parece otra necesidad la de subdividir el círculo de los asegurados entre indigentes, necesitados de protección y los que ya no la precisan, limitándose además a los absolutamente pobres. De esta manera podría hacerse más elástico el rígido sistema de los Seguros obligatorios de enfermedad, es decir, dejando a los que se intercalen también los Seguros privados en el sistema de Seguro.

En los últimos años se han hecho

propuestas importantes en los proyectos gubernamentales de reforma del Seguro Social por parte de los partidos de derechas, especialmente el C.D.U., y de izquierdas, el S.P.D. Parece muy instructivo el minucioso Informe de los cuatro profesores: Achinger, Hoffner, Muthesius y Neundorfer, así como el programa de reforma presentado por la Asociación de Médicos Alemanes. Queda todavía por decidir si la citada autorresponsabilidad debe conducir también a una participación de los asegurados en los gastos, pues si han de prevalecer las ideas de Medicina preventiva, no debe dificultarse el que se solicite el consejo médico. Sin embargo, el temor a los gastos haría que algunos no consultasen oportunamente al médico, y quedaría en primer plano el problema de los casos banales. Un médico científico no debe calificar de tal a ningún caso sino después de una exploración e incluso observación prolongada. En una reforma deberían ser, pues, las dos primeras consultas a cargo de los gastos generales, continuando el tratamiento ulterior con participación del asegurado en los costes.

En una reforma del sistema de Seguro Social hay que tener presente de modo imprescindible que el médico no sea obstaculizado en sus relaciones y conducta, ni esté sometido a ninguna clase de órdenes de centros administrativos o personal no médico. Claro está que él, a su vez, está obligado a trabajar de modo económico y a no hacer derroches innecesarios. La propia retribución de sus servicios debe tener lugar sobre la base de una remuneración adecuada a los tiempos y por acto médico. Una Comisión de la Cámara de Médicos Federales Alemanes se ocupa de establecer una nueva tarifa de honorarios diferente de la hasta ahora vigente.

Bismarck no propugnó originalmen-

te una previsión total de los que habían de asegurarse forzosamente, sino tan sólo una previsión fundamental. Según las modernas experiencias, se deberá ofrecer un amplio auxilio, pero no, como se sugiere por los socialistas, una Sociedad de beneficencia en que todos estén asegurados contra todo.

Bajo la idea de la reforma, lo primero que debe ser modificado es el Seguro de Pensiones.

Con fecha 27 de junio de este año, se aconsejó en la Dieta germánica una proposición gubernamental de reforma del Seguro de Renta. Por primera vez fueron propuestas en este proyecto ideas de prevención y de rehabilitación, no con el objeto de ahorro o de supresión de una pensión, ni tampoco de conservación o restablecimiento de la capacidad para el trabajo, sino exclusivamente para servirse de todas las posibilidades disponibles para la recuperación de la salud. De aquí surge la posibilidad de pasar a una Medicina cada vez más «conducida» y «dirigida», lo que en determinados casos podría ejercer un efecto restrictivo sobre el médico de ejercicio libre.

Esperamos ilusionados que en el debate de las opiniones hacia una regulación legal del Seguro Social, con efectos beneficiosos durante decenios, sea también escuchado el Cuerpo Médico, y que se conceda a los médicos dentro de esta reforma legal una situación que corresponda a su círculo de actividades. No es aceptable que, por su minoría numérica en la vida económica y política, se le deje sin participación para decidir sobre asuntos importantes que ha de desempeñar en su calidad de médico en el Seguro Social.

La Corporación Médica Alemana debe mostrar el camino a los políticos. Esperamos que no vean, con visión miope, únicamente fases aisladas del trabajo legislativo. Sin embargo, los

especialistas tienen el concepto claro de que apenas es posible una solución para el Seguro Social alemán.

JUAN EUGENIO BLANCO: *Pensiones revalorizadas, reforma de prestaciones y establecimiento del Plus Familiar Mutualista en las Ordenes de 20 de octubre de 1956.*—REVISTA DE DERECHO DEL TRABAJO.—Madrid, septiembre-octubre 1956.

La reciente variación de las pensiones y el establecimiento de asignaciones familiares por parte del Mutualismo Laboral son comentadas concisamente en este trabajo, que a continuación transcribimos:

El Mutualismo Laboral, haciendo gala una vez más del realismo que preside su política de Previsión, ha dispuesto una revalorización de pensiones, cuya importancia no es necesario encarecer, no sólo por lo que supone un aumento efectivo de las que actualmente se disfrutaban, sino como precedente indiciario de un sistema que, con más o menos variantes, pudiera ser el que en lo sucesivo se adoptase por este régimen de Previsión Laboral, que constituye la base de la Seguridad Social española en cuanto a dichas prestaciones se refiere.

Como acertadamente expone el preámbulo de una de las dos Ordenes ministeriales promulgadas por el Ministerio de Trabajo el 20 de octubre último, el problema de la pérdida de valor adquisitivo de las pensiones es común a todos los regímenes de Previsión. En los últimos tiempos ha merecido especial atención de los estudiosos y de los Poderes públicos, ya que la insuficiencia de tales prestaciones venía aumentando naturalmente en función del tiempo.

Modernamente, y fuera de nuestras fronteras, diversos países —inicialmente Argentina— han arbitrado distintos procedimientos para adaptar las pensiones de Seguridad Social a la evolución económica, y en la actualidad está siendo objeto de una fuerte polémica el llamado Plan Schreiber, para el establecimiento en Alemania Oriental de la llamada «pensión dinámica nacional».

En nuestra Patria se han realizado en varias ocasiones medidas análogas a la que suscita este comentario. Recordamos, de momento, la revalorización de pensiones causadas por accidentes de trabajo, la del Subsidio de Vejez y, bien recientemente, la que el Estado ha dispuesto para sus clases pasivas; dentro del Mutualismo Laboral, la concesión de dos pagas extraordinarias, aprobada por Orden de 25 de septiembre de 1954, que supuso una primera y no pequeña revalorización de pensiones, equivalente al 16,66 por 100 de su importe. Sin embargo, no encontramos en ninguna de ellas las características de amplitud y generosidad, ni la fundamentación racional para la determinación del módulo, que ahora se nos ofrecen con esta revalorización de pensiones del Mutualismo.

En la Orden de 20 de octubre se dispone un reajuste de las pensiones en consideración a los aumentos de salarios experimentados, con vigencia de 1 de abril pasado, en todas las Reglamentaciones laborales. Es decir, la revalorización se efectúa, en un plano ideal, como si todos los trabajadores a quienes comprende hubieran estado percibiendo los salarios afectados por el aumento establecido desde aquella fecha, transformando en estos salarios los menores efectivamente devengados, siempre a efectos del cálculo de salario regulador. Como es sabido, éste se establece de acuerdo con el artículo 32 del Reglamento General, obteniendo

el cociente de dividir por 28 la suma de las retribuciones que hubiesen servido de base para la cotización del mutualista en un periodo de veinticuatro meses, dentro de los siete años anteriores a la solicitud de la pensión. Se ha seguido el criterio de cifrar en un 24 por 100 el aumento que suponen los nuevos salarios devengados desde el 1 de abril, y como son veinticuatro meses los que se estiman para determinar el salario regulador, corresponden de un 1 por 100 de aumento —referido a salarios «antiguos»— a cada mes anterior a mayo de 1956. De acuerdo con esto, y suponiendo el caso normal de salario regulador computado teniendo en cuenta meses naturales y sucesivos, con arreglo al apartado a) del citado artículo, la escala de aumentos se determina en la siguiente forma:

		%
Abril	1954.....	1
Marzo	1956.....	2
Febrero	1956.....	3
Enero	1956.....	4
Diciembre	1955.....	5
Noviembre	1955.....	6
Octubre	1955.....	7
Septiembre	1955.....	8
Agosto	1955.....	9
Julio	1955.....	10
Junio	1955.....	11
Mayo	1955.....	12
Abril	1955.....	13
Marzo	1955.....	14
Febrero	1955.....	15
Enero	1955.....	16
Diciembre	1954.....	17
Noviembre	1954.....	18
Octubre	1954.....	19
Septiembre	1954.....	20
Agosto	1954.....	21
Julio	1954.....	22
Junio	1954.....	23
Mayo	1954.....	24

Es decir, que si el período tomado para obtención del salario regulador se inicia en el mes de septiembre de 1954, inclusive, la pensión se aumentará en un 20 por 100. Del mismo modo, la pensión que se cause partiendo de dicho período del mes de noviembre de 1955 se verá aumentada, en su día, en un 6 por 100.

Las pensiones en las que todos los meses que componen el salario regulador sean anteriores al 1 de mayo de 1956, se aumentarán un 24 por 100.

No es momento de inquirir la intervención que los llamados «cálculos actuariales» han tenido en este régimen de revalorización de pensiones, aunque bien escasa se nos antoja a nuestra primera vista de profano en tal materia. De nuevo nos hallamos ante un flagrante ejemplo de cómo la técnica de Seguridad Social desborda en gran medida la tradicional del «Seguro» privado, individual o colectivo, que encontramos dogmáticamente incorporada a nuestros balbucesos de Previsión Social.

El citado 24 por 100 en que se cifra la revalorización de las pensiones anteriores al 1 de mayo, y en proporción, el porcentaje de aumento que benefició a las que después se concedieron, o concedan, tendría su máxima expresión de justicia distributiva si en el Mutualismo Laboral la cotización se realizase sobre la base de los salarios mínimos establecidos en las Reglamentaciones. Pero, como es bien sabido, el salario base de cotización a la Seguridad Social difiere notablemente del salario mínimo consignado en las Reglamentaciones laborales. Si así no fuese, no sería posible el que existiese ninguna pensión de jubilación de más de 2.500 pesetas mensuales, y, sin embargo, son muchas las que sobrepasan esa cifra, y no es raro el que excedan de 5.000 ó 6.000 mensuales. Hay que tener en cuenta, además, que el perso-

nal afectado por el artículo 7.º de la Ley de Contrato de Trabajo no tiene sus salarios determinados en las Reglamentaciones laborales. Y también el que los sueldos y categorías no permanecen uniformes, ni siquiera en una tendencia ascensionista que pudiéramos estimar normal, ya que las vicisitudes en la economía de Empresa promueven traslados individuales o colectivos donde los cambios de situación son bastante apreciables en el *quántum* del salario. Queremos expresar, sirviéndonos de cuanto antecede, que este aumento hasta el 24 por 100, ó en lo que corresponda, según la Orden de 20 de octubre, no es directamente proporcional a los salarios base de las Reglamentaciones (aun cuando se haya computado teniendo en cuenta el aumento que éstos han experimentado en 1 de abril), sino un aumento proporcional a los salarios efectivamente cotizados comprendidos en el período elegido para determinar el salario regulador.

El régimen transitorio de revalorización de pensiones que se implanta (artículos 2.º y 3.º de la Orden) afecta a las solicitudes de prestaciones que se presenten antes del 1 de mayo de 1963, ya que para esta fecha (transcurridos siete años a contar del 1 de mayo de 1956) no sería posible el considerar salario regulador alguno que comprenda salarios antiguos. Tiene, pues, dicho régimen un período temporal de vigencia perfectamente delimitado.

La Orden expone que se han tenido en cuenta para la revalorización los aumentos de salarios experimentados en 1956. Con un riguroso criterio equitativo, podríamos considerar perjudicados a los mutualistas en razón directa al tiempo transcurrido desde que solicitaron las pensiones, ya que, fundado el Mutualismo Laboral en 1946-1947, han sido varias veces las que el legislador dispuso el aumento de salarios, y es obvio el crescendo que desde

entonces y desde siempre viene experimentando el coste de la vida. Si bien la generosidad inusitada de la revalorización que dispone la Orden de 20 de octubre permite asegurar su favorable acogida y el agradecimiento de los afectados sin distinción alguna, cabe pensar en que, sentado el precedente, puedan sentir un cierto «derecho moral» a medidas análogas cuantos causen prestaciones sin afectarles, o afectando sólo en parte de los meses utilizados para hallar el salario regulador, aumentos posteriores de salarios dispuestos con generosidad.

Cuando la Orden se aprueba (20 de octubre), tiene en cuenta los aumentos producidos hasta aquella fecha, en 1956, para concretar análogamente el aumento de pensiones; claro está que no ha podido contemplar aumentos posteriores a su aprobación, y así nos encontramos que, aun no finalizado el año, se produce un aumento general de salarios a partir del 1 de noviembre, con cuyo aumento —ni con ninguno otro posterior— nada tiene que ver la Orden ministerial de 20 de octubre. Si el criterio que ha informado dicha Orden permanece y da lugar el día de mañana a otras similares, habríamos llegado a lo que —y seguimos hablando en pura y personal hipótesis— sería una «escala móvil de pensiones», que se incrementaría en función de los aumentos de salarios.

Los efectos de la Orden tienen vigencia a partir del 1 de noviembre para las pensiones devengadas antes de dicha fecha, y para las que se causen posteriormente, a partir de la fecha inicial de su devengo.

Coincide la publicación de la Orden de 20 de octubre, revalorizando pensiones, con la otra de la misma fecha, por la que se establece considerable aumento de la cuantía de las prestacio-

nes de jubilación, invalidez, orfandad y larga enfermedad, e implantando una nueva prestación: la de invalidez para el trabajo habitual. Las pensiones de jubilación e invalidez, ya revalorizadas, serán incrementadas en un 10 por 100 de su importe por la esposa y cada uno de los hijos que convivan con el causante que reúnan las condiciones exigidas para disfrutar pensiones de orfandad. En cuanto a la pensión de invalidez, establece que en ningún caso podrá ser menor que el 80 por 100 del salario regulador. (Los porcentajes anteriores oscilaban entre el 50 y el 75 por 100.)

El plazo de disfrute de pensión de larga enfermedad, establecido en dos años y medio por el artículo 76 del Reglamento General, se amplía a cinco años.

La cuantía de la prestación de orfandad se fija en el 15 por 100 del salario regulador, con un mínimo de 150 pesetas por cada beneficiario. En la actualidad, ninguna Institución concedía más del 10 por 100 por cada beneficiario, y el tope mínimo de 150 pesetas sólo cinco lo tenían establecido (Mutualidades de Ahorro, Artes Gráficas, Comercio, Químicas y Siderometalúrgica).

La nueva prestación que se establece se denomina «Pensión de Invalidez por incapacidad total y permanente para la profesión habitual», y tiene un ámbito personal de aplicación restringido a aquellos mutualista que contraigan la invalidez cumplidos los cincuenta años de edad. La cuantía de esta prestación es la que los respectivos Estatutos señalen para la pensión de jubilación a los cincuenta años, revalorizada y con los aumentos por familiares a su cargo.

El carácter de protección o seguridad social de esta prestación no es necesario encarecerlo. Para llegar a ser beneficiario de pensión de invalidez «general,

la lesión orgánica o funcional que la produzca como secuela de accidente o enfermedad deberá ser totalmente irreversible, y ocasionar al que la sufre una incapacidad permanente y absoluta para toda clase de trabajo. Si bien la prestación de larga enfermedad se concede cuando ésta o el accidente imposibilitan al mutualista para su profesión habitual, temporal o definitivamente, en este último caso, o siempre que la larga enfermedad exceda el plazo de asistencia, el mutualista se ve de derecho desasistido, aun cuando pueda seguir disfrutando prórrogas gratias. Por otra parte, la cuantía de pensión de larga enfermedad (50 por 100 del salario regulador) es inferior a la de invalidez. Aunque por definición, el afectado por larga enfermedad no está total y permanentemente incapacitado (ya que si no pasaría a beneficiario por invalidez), y al mismo, teóricamente, le es posible dedicarse a algún trabajo fuera de su profesión habitual, esta posibilidad va menguando lógicamente a medida que los años aumentan, y de ahí que se proteja con la pensión de invalidez «especial» a

aquellos enfermos de más de cincuenta años.

Pudiera pensarse a primera vista que han quedado inexplicablemente excluidos del beneficio de aumento por familiares a cargo los pensionistas de larga enfermedad, pero ello se debe, conjeturamos, a que estos enfermos mantienen un derecho a la percepción del plus familiar en las Empresas respectivas en virtud de las Ordenes de 28 de febrero y 12 de junio de 1953, y Resolución de la Dirección General de Trabajo de 2 de febrero de 1956.

Silenciosamente y sin alharacas, el Mutualismo Laboral ha sorprendido a sus beneficiarios pasivos y a sus actuales mutualistas con unas disposiciones cuya generosidad va más allá de los anhelos formulados por los propios interesados. Y todo ello, como dice la Orden de 20 de octubre, últimamente comentada, «sin perjuicio de continuar el estudio de la posible modificación de Estatutos de cada Mutualidad, previa consulta a sus Juntas rectoras», para mejorar más todavía su régimen de Previsión.

DE OTROS PAISES

Dr. FRANK LAMBERTA: *Valoración de la rehabilitación en la tuberculosis.* REHABILITATION REVIEW. — Nueva York, septiembre de 1956.

El doctor Lamberta es un destacado especialista en materia de rehabilitación, y en el presente artículo analiza las distintas fases del proceso a seguir en casos de tuberculosis, y sostiene que la rehabilitación debe basarse precisamente en el principio de las diferencias individuales, y que las técnicas que han de emplearse en cada caso

deben responder a las características de cada individuo, a fin de lograr la máxima posibilidad de recuperación de la salud y de la capacidad de trabajo del paciente. Dicho artículo contiene los párrafos siguientes:

La tuberculosis es una enfermedad cuyo tratamiento ha experimentado un cambio radical, especialmente en lo que respecta a su duración. Actualmente, la necesidad de la rehabilitación en los casos de tuberculosis pulmonar debe ser revisada; aquel período de tra-

tamiento que se caracterizaba por sufrimientos interminables, largas permanencias en cama, estados de manifiesta incapacidad física y mental y de frecuentes recaídas, está ya desapareciendo. Dentro de nuestras fronteras, la tuberculosis pulmonar ha alcanzado un estado en el que se advierten notables progresos en la lucha por su erradicación, por medio de la investigación intensiva para descubrir los distintos casos, y por el tratamiento prematuro de los mismos. La situación es muy diferente en otros países, donde la tuberculosis es todavía una amenaza y requiere una inspección rigurosa de la salud de la población, debido, principalmente, a la carencia de medios adecuados para su tratamiento. En nuestro país también ha influido notablemente en el éxito obtenido la práctica de someter los casos indicados a tratamiento quirúrgico.

Existen dos problemas de gran importancia con los que nos enfrentamos en nuestros días, y que son: 1) ¿Cuál es la significación de la presencia de los bacilos tuberculosos que no llegan a desarrollarse y que no producen la enfermedad en el cobayo? ¿Están estos órganos en hibernación? ¿Son capaces de resurgir y de convertirse de nuevo en la causa de la enfermedad activa? 2) Aunque la proporción de recaídas es considerablemente inferior a lo que fué anteriormente, ¿es esto una tendencia o sólo una suspensión temporal de la enfermedad de una duración mayor de lo que veníamos tratándola anteriormente? Teniendo presente estos problemas, veamos el programa de rehabilitación tal como existe hoy, y al mismo tiempo consideremos lo que está sucediendo en la actualidad.

Al ser admitido, el paciente es sometido a examen seguidamente, y recibe el dictamen médico, previo conocimiento de todas las circunstancias del

caso. Después, y durante todo el tiempo que es necesario para ello, se llevan a cabo frecuentes visitas y se somete al paciente a observación, a la vez que se le guía en el tratamiento a seguir. Después de varios meses de reposo absoluto, se inicia un proceso gradual de actividad bajo un riguroso programa, considerando los efectos de los diferentes ejercicios practicados.

Pero es frecuente ver que la mayor parte de los pacientes no se someten a tratamiento de rehabilitación; algunos, apenas se hallan algo mejorados, se reincorporan al trabajo, sin haber sido sometidos a un tratamiento adecuado, por lo menos en lo que se refiere a la duración del mismo. Y es que el aislamiento no es del todo comprendido por los pacientes, no obstante recomendarse insistentemente. Por otra parte, no todos los médicos de cabecera creen necesario someter al enfermo a tratamiento de rehabilitación, y sólo los menos recomiendan a sus pacientes la conveniencia de someterse al mismo. Por ello, el médico de familia desempeña ahora un papel más importante cuando se trata de esta clase de enfermos.

El problema reside en lo siguiente: ¿Nos hallamos frente a una situación más crítica en la rehabilitación de la tuberculosis? Si contestáramos afirmativamente, ello implicaría que deberíamos volver al régimen de reposo, etc. El contestar negativamente quiere decir que el tratamiento presente es suficiente; que el promedio de recaídas disminuirá definitivamente, y que cualquier cambio favorable después del tratamiento permanecerá durante varios años.

Los períodos largos de hospitalización ya no son indicados en la mayoría de los casos; la permanencia en un hospital para someterse a la terapia pneumoperitoneal y de pneumotórax es menos empleada ahora, debido

a que estos procedimientos han sido, en gran parte, abandonados. La hospitalización motivada por fiebre, fatiga y necesidad de reposo sólo se acepta por el paciente como un ingreso en el hospital para someterse a tratamiento quirúrgico, pues el enfermo prefiere permanecer en su hogar durante el período de tiempo en que se halla libre de síntomas de la enfermedad, dándose a menudo casos de enfermos que nunca han sido hospitalizados, los cuales prefieren la terapia ambulatoria. Esta es una tendencia popular, que parece probable que continúe.

Parece ser que la rehabilitación se está empleando actualmente con una significación diferente, o sea, que no es un medio para reintegrar de modo gradual y seguro al paciente a un empleo protegido, donde el citado paciente se halle a cubierto del riesgo de una recaída. El propósito de la rehabilitación hoy día tiende a ser el de mejorar al paciente, proporcionándole aptitudes para que pueda aumentar su capacidad de ganancia y su nivel social y de vida por medio de un empleo más aceptable. Es decir, que la enfermedad no presenta ningún impedimento para el empleo que anteriormente ocupaba el trabajador rehabilitado. Estos resultados son los hechos tal como se han venido desarrollando en los últimos catorce o quince años, desde los días de tratamiento a base de reposo en cama y terapia por colapso, al tratamiento definitivo con quimioterapia y terapia por extirpación.

Hubo un tiempo en que se dedicaron considerables estudios a las reacciones de un enfermo a esta enfermedad crónica. Por ejemplo, la siguiente descripción de la reacción de un paciente parece un poco anacrónica: «El paciente entra en una enfermedad crónica como si entrara en una tierra extraña; ya no pueden orientarse por los límites o señales a las que estaba acos-

tumbrado; ha abandonado la propia rutina de vida de modo que sus símbolos habituales de comunicación adquieren nuevos significados y nuevas referencias; tiene aún que aprender un nuevo lenguaje. Se ha admitido, pues, que los enfermos tuberculosos son, de cierto modo, gente desarraigada, aislada de su medio ambiente pasado y de su modo de vida usual, no solamente por su enfermedad infecciosa y la naturaleza de su experiencia sanatorial, sino por su propia sensación de diferencia de aquellos con los que antes había vivido en íntima asociación. Estos enfermos pueden tener reacciones de susceptibilidad y de hallarse a la defensiva en la vida; se ponen en guardia ante el abandono de sus necesidades, y se enojan con el mundo despiadado y deconsiderado, que ellos proyectan como una imagen en la pantalla de sus percepciones.»

La exposición que antecede es una excelente y minuciosa descripción del dilema que se presentaba al enfermo tuberculoso en los días en que se le trataba por medio del reposo absoluto en el lecho y del pneumotórax. Pero su asociación con el recién descubierto caso de tuberculosis de hoy podría implicar falta de comprensión para el iniciado en la profesión. La víctima de nuestros días nunca está preparada, o nunca alcanza madurez en esta enfermedad; vive una vida que tiene su propio interés característico; la clave de esa vida es su proximidad; sus límites están preservados; su visión casi nunca necesita oscurecerse por la asociación de su enfermedad con el pasado, o limitarse por tener que modificar sus metas orientadas al futuro. La norma de la tuberculosis era: la enfermedad crónica, recurrente, causante de la invalidez; esta era la perspectiva que podía esperarse de la tuberculosis, acompañada del gran estigma del confinamiento, que a menudo

conducía al sufrimiento y a la muerte.

Nuestros pacientes de hoy no están, sin embargo, estigmatizados por un distintivo común, pues mantienen sus características personales, que casi nunca llegan a perderse o diluirse en una masa amorfa. Esto puede ser parte de una reacción psicológica: la protesta, por parte del paciente, contra las limitaciones primitivas, que constituían un motivo de humillación del tratamiento de la tuberculosis.

Tiene que aceptarse, pues, la evidencia de la eficacia del tratamiento ambulatorio, sin hospitalización, de la tuberculosis pulmonar. La función del especialista ha sido asumida en mayor grado por el médico de Medicina general, por el médico de cabecera. Por otra parte, los centros de rehabilitación y talleres, orientados exclusivamente en principio para ayudar a los enfermos tuberculosos, están admitiendo ahora a enfermos cardíacos, paralíticos y a individuos incapacitados a causa de trastornos mentales. Es interesante observar que la tendencia actual en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar fué, en gran parte, establecida por la resistencia del paciente a someterse a los métodos tradicionales de tratamiento, y por su demanda de aplicación de la quimioterapia, habiendo contribuido también a ello su renuncia a la hospitalización. La falta de fiebre y de otros síntomas de toxicidad constituyen una razón para rehusar a la hospitalización, y puesto que el paciente se consideraba en buen estado de salud, miraba con reservas y repudiaba la rápida transformación de su vida normal por la de una hospitalización. Los resultados de este tratamiento han sido, generalmente, buenos. Frecuentemente, hemos tenido que consentir que los pacientes se reintegraran al trabajo después de tres meses de tratamiento, o que aquellos que han tenido la enfermedad en gra-

do benigno que continuaran trabajando atenuadamente, a la vez que continuaban observando el tratamiento.

Por otra parte, es necesario imponer limitaciones a los enfermos que consideran la tuberculosis como una enfermedad aguda, como en el caso de los que aceptan gustosamente un período de dos o tres semanas de hospitalización y luego quieren volver al trabajo. En estos casos, es de esperar que las recaídas alcancen una proporción superior. Por ello, debe hacerse un período inicial de reposo, ya sea en el hogar o en el hospital, y haber una clara tendencia a la curación antes de pensar en el entrenamiento o en la vuelta al trabajo, aunque los pacientes no siempre aceptan estos sabios consejos. Y ello obedece a que estos enfermos conocen el éxito de los nuevos tratamientos, y no dudan en arriesgar sus vidas al continuar en el trabajo o reintegrarse, antes de lo debido, al mismo, sin considerar que se trata de una enfermedad que no hace mucho ha dado una gran proporción de mortalidad. Es, por lo tanto, no un problema de rehabilitación, sino un problema de limitación. Ocorre que estos enfermos se han formado opiniones basadas, en parte, en lo que han oído y leído acerca de estos nuevos tratamientos y, principalmente, en lo que ellos mismos quieren creer, y no reparan en la inmensa variedad del curso de los casos.

En resumen, la duración del tratamiento de la tuberculosis ha sido drásticamente reducida, y hay menor necesidad de los servicios de rehabilitación, excepto para aquellos sin ningún tipo específico de empleo. Ha también menor necesidad de utilizar la fase de entrenamiento en talleres durante la convalecencia, pudiendo la mayor parte de los trabajadores enfermos reincorporarse a su antiguo empleo. Los trabajadores operados pueden volver al trabajo dentro de un

riodo de tres a seis meses después de efectuada la resección pulmonar en casos en que no se presenta ninguna complicación; y los no operados vuelven al mismo, mientras siguen sometidos a tratamiento, en casos en que la enfermedad sólo ha alcanzado a desarrollarse en un grado mínimo. En un número reducido de casos, todo el tratamiento aplicado ha sido con carácter ambulatorio, sin que haya sido interrumpido el trabajo de los enfermos. Finalmente, cada caso en particular debe ser tratado con arreglo al principio de las diferencias individuales, empleando constantemente técnicas de motivación hacia la consecución de la máxima salud del paciente, para resolver, simultáneamente, las necesidades propias de éste.

ANTÓN STORCH: *El proyecto de Ley para la reorganización del Seguro de Vejez e Invalidez en Alemania.* — PREVIDENZA SOCIALE.—Marzo-abril de 1956.

El Ministerio del Trabajo ha preparado en Alemania, sobre las bases de las directivas fijadas por el «Gabinete Social» (se llama así a un Comité de siete Ministros, presididos por el Canciller Adenauer, con el fin de elaborar las líneas directrices de la reforma de la Previsión Social), un proyecto esquemático de Ley para la reforma del Seguro de Vejez e Invalidez.

Los principios generales del proyecto, sus criterios y sus fines son, en síntesis, los siguientes:

El proyecto consta de cerca de cien artículos, y se divide en tres títulos: campo de aplicación, prestaciones y financiamiento.

Realiza, ante todo, un perfeccionamiento substancial del sistema del Seguro de Vejez, Invalidez y Superviven-

cia, sistema que de ahora en adelante tendrá en cuenta la evolución verificada en el campo económico, con el consiguiente sensible aumento del nivel de las pensiones. En consecuencia, mientras los Seguros sociales hasta ahora sólo conocían pensiones estáticas, en el futuro se considerarán «pensiones de productividad», para garantizar la participación de los pensionistas en los beneficios derivados de la evolución económica y, sobre todo, del aumento de la productividad. Las pensiones, en el futuro, se liquidarán no sólo sobre la base de las retribuciones nominales percibidas por el asegurado en el curso de todo el período de actividad laboral sujeta a la obligación asegurativa y de las cuotas correspondientemente satisfechas, sino también teniendo en cuenta la evolución del nivel de las retribuciones hasta el momento de la liquidación de la pensión. De este modo se podrá evitar, en parte, el fenómeno de «desclasificación social» del asegurado en el momento del cese de la actividad laboral: el paso de la retribución a la pensión no supondrá ya una renuncia al nivel de vida disfrutado durante la vida activa.

Esta participación de los pensionistas en el aumento del nivel de vida muestra también el cambio verificado en el curso de los últimos años en la función de la pensión de invalidez y de vejez. Tales pensiones, en efecto, no pueden ser consideradas hoy como una integración de los medios de vida que el trabajador se haya asegurado bajo otra forma, sino que debe bastar a satisfacer enteramente las exigencias vitales del trabajador anciano o inválido y de sus familiares a su cargo; debe, en otras palabras, tomar el lugar de la retribución a la que el trabajador haya tenido que renunciar totalmente o en parte. Y por este motivo el proyecto prevé, con una ancianidad asegurada de cuarenta años, una

pensión igual al 60 por 100 de la renta de trabajo bruta, y de aquí, al 70 por 100 de la renta de trabajo neta de un trabajador en análoga situación de ocupación.

En materia de pensión de invalidez, para la que también vale, en líneas generales, cuanto queda dicho, constituía hasta ahora un problema de orden social de particular importancia y de notable dificultad asegurar una pensión suficiente para hacer frente a las exigencias vitales de los asegurados que hubiesen quedado inválidos en edad todavía corta. Tales asegurados, en efecto, en el acto de la concesión de la pensión podían hacer valer períodos de aseguramiento relativamente breves, y que no daban derecho a una pensión que constituyese una ayuda verdadera para los individuos ya duramente castigados por la suerte, y para su familia, en la que podía haber niños de corta edad. Este importante problema social se resuelve con una particular fórmula para la liquidación de la pensión, fórmula que consiste en atribuir a estos beneficiarios pensiones adecuadas a las exigencias vitales, aunque sin subvertir el principio asegurativo.

De otra parte, ha sido profundamente modificada y perfeccionada la distribución de los cuidados para la prevención de la invalidez y para la recuperación de la capacidad de ganancia. Siguiendo las concepciones y los criterios que como actuales se han afirmado en el campo de la política social, el proyecto de Ley reconoce importancia preeminente a las medidas para la prevención de la invalidez y para la reeducación en el trabajo. En el período en el que se concedan tales tratamientos sanitarios o de reeducación en el trabajo, o de recalificación profesional, el asegurado disfrutará de especiales indemnizaciones para atender a las exi-

gencias, tanto personales como de su familia.

El proyecto de Ley prevé, además, que los períodos de tiempo que resulten en descubierto en cuanto a la cotización, y durante los cuales el asegurado ha prestado servicio militar, o hubiese estado enfermo o en paro, sean considerados, en el futuro, como normales períodos contributivos, a los fines del derecho a las pensiones y para la liquidación de las sumas mismas. Otra demanda social profundamente sentida encuentra así plena acogida, y será posible en el futuro evitar, en todo o en parte, las sensibles reducciones de pensiones que resultaban en la vida asegurada de muchos trabajadores, a causa de los largos períodos del servicio militar, de la enfermedad o del paro.

El proyecto, en fin, prevé especiales medidas a favor de los ex combatientes que hayan sido llamados a las armas antes del comienzo de su actividad laboral, y sensibles mejoras a favor de los supervivientes de los asegurados y de los pensionistas.

La modificación introducida por el proyecto de Ley supondrá, para el primer año de su aplicación (1957), un aumento en el coste de cerca de 3.500 millones de DM. Tal importe será cubierto, por 1.200 millones, por una mejora del 1 por 100 en las alícuotas contributivas, a cargo, tanto de los empresarios como de los trabajadores; por 600 millones, por la transferencia al Seguro de Vejez, Invalidez y Supervivencia de una cuota del impuesto destinado al Seguro contra el paro; por 800 millones, por un aumento en la contribución a cargo del Gobierno federal, y para el resto, por los actuales excedentes de los entes gestores del Seguro de Pensiones.

El autor, por último, hace unas breves consideraciones sobre la unificación del campo de aplicación en todos

los Estados federados, suprimiéndose así la diversidad existente al incluir en el Seguro a todos los trabajadores por cuenta ajena remunerados, sin fijar límite en la retribución, aunque luego se diversifican tanto las cuotas como las prestaciones en su cuantía.

ROBERT J. MYERS: *Bases financieras del Seguro de Vejez y Supervivencia.* SOCIAL SECURITY BULLETIN. — Washington, septiembre de 1956.

El Congreso de los Estados Unidos de América, en su período legislativo del año en curso, ha proseguido su política tendente a lograr que el Seguro mencionado llegue a contar con recursos propios para el cumplimiento de sus fines. A exponer esta política conduce este artículo, cuyo autor es Actuario Jefe de la Administración de Seguridad Social.

El Congreso ha confiado siempre en que el Seguro de Vejez y Supervivencia debería tener una sólida base actuarial, por lo que, cada vez que se ha intentado introducir alguna mejora en el sistema, se han estudiado cuidadosamente los aspectos diversos del costo de dicha prestación. Con ocasión de la aprobación de las modificaciones de 1950, el Congreso expresó su esperanza de que este régimen de Seguro se bastaría a sí mismo mediante el ingreso de las contribuciones de las personas protegidas y de los empresarios; consecuentemente, derogó la disposición legal que autorizaba asignaciones en favor de dicho régimen con cargo al Erario Público. A raíz de la introducción de las enmiendas de 1952 y 1954, y nuevamente con motivo de la aprobación de la enmienda de 1956 a la Ley de Seguridad Social, el Congreso indicó sin lugar a dudas que las tarifas de cotizaciones deberían permitir

que dicho programa fuera todo lo económicamente autárquico que podía preverse, o, dicho en otras palabras, que tuviera una firme base actuarial. Este concepto, según se aplica al Seguro de Vejez y Supervivencia, difiere considerablemente de su aplicación al Seguro privado, aunque existen ciertos puntos análogos, especialmente entre los programas de pensiones privadas. La diferencia más importante surge del hecho de que un sistema de Seguro Social puede concebirse como establecido a perpetuidad, en razón a la continua afluencia de nuevos asegurados, motivada por su carácter de obligatoriedad.

Por consiguiente, puede decirse que el régimen de Seguro de Vejez y Supervivencia se basa en principios actuariales sólidos, ya que sus futuros ingresos, procedentes de las cotizaciones y los intereses acumulados, bastarán para hacer frente a los desembolsos que deberán hacerse por prestaciones y por gastos administrativos. Es indudable que puede esperarse de la experiencia futura un cambio en el cálculo actuarial realizado ahora.

Las modificaciones de 1956 a la Ley de Seguridad Social demostraron de nuevo la convicción del Congreso de que el programa sea mantenido sobre las citadas bases actuariales. Para financiar las prestaciones de incapacidad establecidas por la Ley de 1956, se aumentaron las tarifas de cotizaciones y se estableció un fondo separado del correspondiente al Seguro de Vejez y Supervivencia. Las modificaciones legislativas que afectan a la edad límite de las mujeres, y que establecen pagos de prestaciones para los adultos, así como para los menores incapacitados, aumentaron el costo de los beneficios del Seguro de Vejez y Supervivencia, pero este aumento fué compensado por diversos factores tendentes a reducir dicho costo, tales como la ampliación

del campo de aplicación, la elevación del límite máximo de los ingresos a efectos de cotización, etc.

Las enmiendas aprobadas en 1954 contenían un reajuste de cotizaciones que resolvía el costo creciente de las prestaciones del Seguro, y suavizaban los requisitos para adquirir el derecho a dichas prestaciones, sin que, por el contrario, se aumentasen las tarifas de cotizaciones. Por lo tanto, se puede decir que la legislación de 1954 estableció unas tarifas de aportaciones que enjugaban los incrementos de los costos de los beneficios, y al mismo tiempo reducían substancialmente la «insuficiencia actuarial» que se había registrado en la financiación del programa de 1952.

La experiencia ha demostrado que los niveles de ganancias han aumentado casi en un 15 por 100 con relación a los que sirvieron de base a los cálculos actuariales anteriores, que correspondían a los ingresos de los años 1951 y 1952. Actualmente se admite que los cálculos de los costos futuros, especialmente si el ritmo de las ganancias continúa aumentando, pueden indicar que unas tarifas de primas más reducidas podrían bastar para hacer frente a los compromisos del programa; pero, a pesar de esta posibilidad, la Comisión parlamentaria que emitió el informe relacionado con las enmiendas a la Ley, aprobadas en 1956, sugirió la conveniencia de seguir una política de máxima prudencia, a fin de asegurar la continuación del programa dentro de un criterio de sólida base actuarial.

Los cálculos del costo futuro del régimen de Seguro de Vejez y Supervivencia, incluyendo el costo de las nuevas prestaciones de la rama de Invalidez, están afectados por muy diversos factores, que es difícil determinar. Los supuestos utilizados en los cálculos actuariales pueden, por lo tanto,

diferir ampliamente y ser, no obstante, razonables. Se puede esperar que los pagos de prestaciones aumenten continuamente durante los próximos cincuenta años, debido a factores tales como el envejecimiento de la población y el lento, pero firme, aumento del número de prestaciones, que es inherente a cualquier régimen de retiro público o privado que haya estado vigente durante un período de tiempo relativamente corto.

En los cálculos probables del costo del Seguro, dicho costo se presenta en porcentajes del número de asegurados, considerándose que esta es la mejor medida del costo financiero del programa, pues tomar aisladamente en consideración el valor monetario del mismo conduciría a un error de apreciación. Así, por ejemplo, la elevación del tope de ingresos aumentaría no sólo los desembolsos del programa, sino también, y en mayor medida, los ingresos del mismo; y, como consecuencia, el costo en relación a la población asegurada se vería disminuido. Los cálculos probables mencionados se basan en las posibles variaciones de las tasas de fecundidad y mortalidad, en las de retiro, de segundas o sucesivas nupcias, en las de jubilación, etc.

El autor estudia después, siempre basándose en las previsiones contenidas en las enmiendas introducidas en 1956 a la Ley básica de Seguridad Social, el tema de las reservas del Seguro de Vejez y Supervivencia y de la rama de Invalidez, y sus variaciones durante un largo período de años; el costo de las prestaciones futuras y el de las primas del Seguro, a cuyo estudio se acompañan varios cuadros sinópticos. Finalmente, dice: «El programa de Seguro citado, tal como ha sido modificado por la legislación de 1956, presenta un costo de las prestaciones —suponiendo que continúen los niveles de ganancias de 1955— que está bastante

nivelado con los ingresos por cotizaciones; esta misma situación se presentó a raíz de las modificaciones registradas en los años 1950, 1952 y 1954, por lo que puede llegarse a la conclusión de que este régimen de Seguro de Vejez y Supervivencia se basa en principios actuariales rigurosos.»

ROBERT J. MYERS: *Edad y sexo de las personas que perciben conjuntamente las prestaciones del Seguro de Vejez y de la Asistencia por vejez.*— SOCIAL SECURITY BULLETIN.— Washington, octubre de 1956.

Transcribimos a continuación los datos contenidos en el trabajo de referencia.

Una vez al año, los distintos Estados hacen un estudio acerca de los perceptores de los beneficios del programa de asistencia pública, con objeto de determinar los efectos que el régimen de Seguro de Vejez y Supervivencia ejerce sobre el referido programa de asistencia. Los datos se refieren al número de personas que reciben al mismo tiempo los beneficios concedidos por aquel programa y las pensiones a que da derecho el Seguro de Vejez; asimismo, se recogen y estudian los datos referentes al programa de ayuda a los menores que se hallan a cargo de otras personas.

Entre la población que cuenta con sesenta y cinco o más años, los últimos datos de que se dispone, que son los correspondientes al mes de febrero de 1956, indican que el número de personas que perciben a la vez ambas prestaciones por vejez representa el 20,4 por 100 del total de beneficiarios de la asistencia por vejez, y, recíprocamente, el 8,1 por 100 del total de beneficiarios de las pensiones de vejez de

dicho Seguro. El estudio de esta proporción en los últimos años indica una tendencia ligeramente descendente para la proporción de ancianos beneficiarios del Seguro de Vejez que perciben los beneficios de la asistencia por vejez, y una tendencia marcadamente ascendente en la proporción de beneficiarios de dicha asistencia que reciben las prestaciones del Seguro de Vejez. Es muy probable que estas dos tendencias continúen manifestándose en el futuro, a menos con respecto a la proporción de estos últimos beneficiarios. Puesto que el campo de aplicación del régimen de Seguro viene a ser virtualmente universal, esta proporción se irá aproximando, indudablemente, al 100 por 100, aunque no llegue nunca a alcanzar este porcentaje, debido a que muchas personas pertenecientes a las esferas económicamente inferiores, tales como agricultores de rentas reducidas, trabajadores del campo ocasionales y trabajadores domésticos, no llegarán a alcanzar el derecho a la percepción de las prestaciones del Seguro de Vejez y Supervivencia, no obstante hallarse en gran necesidad de ayuda económica al llegar a los sesenta y cinco años de edad.

Es de todos conocido que los ancianos que disfrutaban de las prestaciones de vejez de ambos regímenes tienen una distribución de edades y sexos que es considerablemente distinta de la distribución de los ancianos que sólo perciben la asistencia por vejez, o de los que solamente son beneficiarios del Seguro. Desgraciadamente, la información referente a estas características no se recoge regularmente. Por la razón de que tales datos permiten penetrar en las tendencias futuras, los cálculos del mes de febrero de 1956, sobre la distribución de la edad y sexo de todos los perceptores de la asistencia por vejez y de los beneficiarios de los dos regímenes, han sido hechos sobre la

base del estudio provisional realizado a principios del año 1953; datos similares para todos los ancianos beneficiarios del Seguro pueden ser fácilmente calculados. Los datos actuales corresponden al mes de diciembre de 1955, y pueden ser fácilmente aplicados, con rigurosa exactitud, al número total de beneficiarios del Seguro dos meses más tarde. Asimismo, se han hecho reajustes en los datos para excluir a los beneficiarios que residen fuera de los Estados Unidos, con objeto de incluir una sola vez en los cálculos como beneficiarios a aquellas mujeres que perciben al mismo tiempo un subsidio de vejez basado en sus propias ganancias y un subsidio de esposa, y para excluir las que perciben el subsidio de esposa antes de cumplir los sesenta y cinco años, y que tienen a su cargo menores con derecho a prestaciones.

El estudio de los datos obtenidos nos lleva a la conclusión de que, si las tendencias actuales continúan, un 8 por 100 de los beneficiarios del Seguro de Vejez y Supervivencia que han cumplido los sesenta y cinco años es probable que lleguen a ser en el futuro beneficiarios de la asistencia por vejez, sin tener en cuenta el envejecimiento de la población o el perfeccionamiento del programa de Seguro de Vejez y supervivencia. Por otra parte, es evidente que la proporción de los perceptores de la asistencia por vejez que a la vez reciben las pensiones del Seguro aumentará en el futuro. Consecuentemente, es probable que dentro de quince años, por lo menos el 47 por 100 de los hombres de ochenta años en adelante y el 25 por 100 de las mujeres de las mismas edades que perciben actualmente la asistencia por vejez, recibirán también las pensiones del Seguro, con una proporción para el grupo de un 35 por 100, aproximadamente. Para los grupos de edades

inferiores, la proporción total será, probablemente, bastante superior.

Dr. F. VON TISCHENDORF: *Los daños producidos por el ruido y los Seguros.*—DEUTSCHE VERSICHERUNGSZEITSCHRIFT.—Berlín, noviembre de 1956.

Alrededor del problema de los traumatismos derivados del exceso de ruido, ya afecten a la parte física, ya a la psíquica del individuo, el autor de este artículo se extiende en una serie de interesantes consideraciones especialmente dirigidas a los médicos del Seguro de Accidentes. Dice así, en esencia:

«Poco se ha escrito hasta ahora sobre la relación existente entre los daños producidos por el ruido y los Seguros, por más que en la práctica hayan tenido que presentarse necesariamente casos relativos al particular, reflejados especialmente en la exigencia de indemnizaciones. Yo quisiera, ante todo, llamar la atención de los médicos dedicados a accidentes acerca de los perjuicios producidos a la salud por el fragor ocasionado por las actividades excesivamente ruidosas y, hoy en día, por el derivado del vuelo de los aviones.

Bajo este concepto general de perjuicios, quedan comprendidos la disminución de la capacidad de rendimiento y el menoscabo de la salud del hombre, originados en excesos sonoros. Tales daños se han comprobado de modo terminante y en grado más que notable. Resulta más difícil esta comprobación en aquellos casos no calificados de traumatismos acústicos, como los ocurridos dentro de la esfera de actividades muy ruidosas (por ejemplo, el disparo de un cañón, que puede producir rotura de un tímpano), sino

que suponen la posibilidad de males de carácter crónico ocasionados por el exceso de ruido en el organismo humano. En ningún caso deben buscarse tales daños en forma de alteraciones orgánicas o de enfermedades contraídas. Precisamente, del ruido pueden provenir estragos para la salud psíquica, y, entre todos los de carácter fisiológico, es muy común y el principal la alteración del sueño, que de manera indirecta conduce a la disminución de la resistencia y de la capacidad de rendimiento físico e intelectual del organismo, y que constituyen la causa de numerosas dolencias. En relación con ello, se recordará que la Organización Mundial de la Salud define expresamente que «Salud» es el estado de óptimo bienestar físico, psíquico y social. Como de ella misma se deduce, esta definición no es suficientemente exacta para aplicarla como pauta en cada caso concreto. Establece, sin embargo, una base que sirve como norma de juicio. Precisamente, los perjuicios en la salud motivados por el ruido casi nunca carecen de la componente psíquica.

Es bien conocido que la sensibilidad individual para el ruido es muy variable, como también sabemos, según modernas investigaciones, que la insensibilidad de un individuo para los excesos acústicos —desconocida para el mismo interesado— puede estar influida por factores funcionales orgánicos. También ocurre que, durante el sueño y sin llegar a despertarse, el ruido ejerce influencia sobre las funciones atenuadas del sistema neurovegetativo. Teniendo en cuenta estas considerables diferencias en la sensibilidad subjetiva para el ruido, que desempeña también un importante papel en determinados momentos de la existencia y en casos particulares (por ejemplo, en los bombardeos durante una guerra), tampoco es posible establecer un paralelo res-

pecto al grado de perjuicio causado por el ruido con los resultados de la medición de la intensidad del mismo, si bien el conocimiento de esta intensidad proporciona frecuentemente muy valiosos puntos de referencia. Sin embargo, los datos obtenidos por medio de los aparatos fonométricos actualmente usados no son suficientes para determinar la frecuencia y el carácter perturbador de un estruendo.

A pesar de ello, ha sido posible el establecimiento, por C. Lehmann, de la siguiente regla:

Grado I:

Hasta 60 unidades (fones), efectos físicos.

Grado II:

De 60 a 90 unidades (fones), efectos físicos + vegetativos.

Grado III:

De 90 a 130 unidades (fones), efectos físicos + vegetativos + otológicos.

Si se considera válida para un caso de Seguro, el atacado por el daño suele encontrarse entre los grados I y II, y, naturalmente, hay que considerar la totalidad de sus circunstancias de vida y averiguar ante todo la frecuencia y duración reales, así como el carácter de la influencia acústica por la que ha sido dañado y a qué horas tuvo lugar. Es, naturalmente, mucho más difícil opinar en caso de ruidos nocturnos, puesto que, en general, las pesadillas, el dormir con interrupciones o el permanecer despierto por la noche disminuyen la calidad del sueño, es decir, que éste sirve de poco descanso. Hay que partir de la base de que el promedio de sueño necesario es, para los adultos, de siete a nueve horas. Los niños y los enfermos necesitan dormir bastante más tiempo, requiriendo un descanso nocturno sostenido por lo menos desde las veintidós a las seis horas.

Según Hettche, la intensidad de los

ruidos no debe exceder de las unidades (fones) que se indican: habitaciones de los enfermos, 20 a 30; oficinas, 30 a 40; comercios, 40 a 50; talleres, 50 a 60; viviendas, 40 (durante la noche, 25 a 30).

Estas afirmaciones demuestran ya que, por ejemplo, el ruido de los aviones, principalmente de los aparatos de reacción y de propulsión a chorro, debe tenerse en cuenta como auténticamente dañino para la salud, y, por tanto, considerarse en relación con los casos que se presenten en los Seguros, puesto que sobrepasará en muchos casos los límites de la resistencia humana en proporción considerable.

En casos concretos, debería realizarse una investigación combinada médico-psicológica en la medida en que lo aconsejen las circunstancias del suceso y en tanto en cuanto este procedimiento sea aplicable al perjudicado. Aunque hoy día no existe aún acuerdo por parte de todos los médicos sobre la experiencia necesaria en este terreno. También aquí es indispensable una opinión de conjunto.

Puesto que no podrán ser excluidos totalmente de los resultados de la investigación, habrá que tener presente la posible existencia de otros factores (por ejemplo, el agotamiento físico a causa de preocupaciones y contrariedades profesionales o familiares) que hayan contribuido a los daños en cuestión para la salud y para la capacidad de rendimiento. Ocurre también a veces que el examinado puede encontrarse en una difícil situación frente al productor del ruido, e igualmente respecto a la posición del opinante. ¿Puede considerársele en estas circunstancias capaz de someterse a una investigación? Ha de distinguirse también entre los perjuicios producidos a la salud y la exposición de la salud a los peligros; es decir, entre el daño en potencia y el daño de hecho.

Aparte de los citados daños producidos directamente por el ruido, hay que considerar los originados de manera indirecta; por ejemplo, los resultantes de sustos, cuando de ese modo secundario pueda quizá ocasionarse una desgracia. Tal sucede con los siguientes casos, recogidos por la prensa diaria:

A un labrador, que trabajaba en el campo con su yunta, se le espantaron los animales con motivo del vuelo a escasa altura de un avión de reacción. Como no le fué posible librarse de las riendas, los caballos le arrastraron hasta matarle.

En otro lugar, una mujer sufrió tal impresión ante el estruendo producido por dos cazas de reacción al pasar en vuelo bajo, que se cayó, sufriendo a consecuencia del golpe heridas que determinaron su muerte poco después.

Además del menoscabo de la salud, puede ocasionarse por el ruido un perjuicio para la capacidad de rendimiento. Esto es válido en todo caso, especialmente en el de los trabajadores intelectuales, que pueden resultar considerablemente afectados, así como para otras profesiones, tales como la de los dedicados a trabajos de precisión, cuya eficacia puede resultar tan notablemente disminuída, que sobrevenga un importante descenso en la calidad de su producción, con el consiguiente perjuicio económico.

El ruido puede ser motivo de la depreciación de una propiedad, tal el caso en que existan importantes molestias acústicas en las proximidades de viviendas, hoteles, hospitales, sanatorios y balnearios, ya sean debidas a industrias ruidosas, medios de transporte, vendedores ambulantes o ruidos nocturnos debidos a trabajos de construcción.

Corresponde a los juristas la resolución de las cuestiones concretas surgidas alrededor del problema. A mi

me corresponde sólo bosquejar, desde el punto de vista médico, el de la relación de los Seguros con los daños producidos por el ruido.»

DOROTHY McCAMMAN: *La Conferencia Federal-Estatal sobre la Vejez, de Washington.*—SOCIAL SECURITY BULLETIN.—Washington, agosto de 1956.

Con objeto de revisar la actuación federal y de los Estados en cuanto se refiere a medidas de Seguridad Social en el campo de la vejez, y para trazar nuevos planes a seguir en el futuro, se celebró en Washington, durante los días 5 al 7 de junio del corriente año, la Conferencia Federal-Estatal sobre la Vejez, a la que asistieron 240 miembros, en su mayor parte altos funcionarios del Gobierno federal y de los distintos Estados de la Unión y personalidades destacadas en problemas sociales de la referida especialidad. El presente artículo, cuya autora está adscrita a la División de Investigación de la Administración de Seguridad Social, y fué miembro de la Comisión del Orden del día de la Conferencia, destaca las actividades desarrolladas por ésta y las materias que han sido objeto de recomendación, y dice lo siguiente:

«¿Cuáles son los recursos actuales de los Estados y del Gobierno federal que podrían movilizarse para atacar los problemas que han afectado a las personas ancianas durante los últimos años? ¿Cómo pueden mejorarse esos recursos? ¿Cómo puede el Gobierno de un Estado y cómo puede el Gobierno federal organizar mejor y poner a contribución de todos sus recursos para resolver las necesidades especiales y los problemas de las personas de edad avanzada? ¿Cómo deberían tra-

bajar unidos en este aspecto el Gobierno federal y los Estados?»

Estas fueron algunas de las cuestiones planteadas a los miembros de la Conferencia.

Esta primera Asamblea nacional sobre problemas de la vejez fué patrocinada conjuntamente por el Consejo Federal de la Vejez y el Consejo de los Gobiernos de los Estados. El primero de estos Organismos fué establecido por el Presidente Eisenhower, en abril del año en curso, para coordinar las medidas y los programas de los Departamentos del Gobierno federal en materia de vejez; para revisar las medidas actuales, y para emitir recomendaciones conducentes a resolver las necesidades apremiantes de los ancianos. Están representados en este Consejo Federal los Departamentos de Agricultura, de Comercio, del Interior, de Trabajo, del Tesoro y de Salud, Educación y Bienestar Social; la Comisión del Servicio Civil, la Oficina de Movilización de la Defensa, la Dirección de Retiro Ferroviario, la Administración de Veteranos de Guerra y otros Organismos del Gobierno. El Consejo de los Gobiernos de los Estados en un Organismo establecido y sostenido por éstos con fines de asesoramiento e investigación, para actuar como órgano reformador de las legislaciones y de los sistemas administrativos de dichos Estados, y para promover y estimular las relaciones de unos Estados con otros, y de éstos con el Gobierno federal. Sus actividades abarcan a todas las que afectan a dichos Estados, y su especial interés por los problemas que afectan a la vejez se puso de manifiesto en un Informe presentado a la Conferencia de Gobernadores, que se celebró el pasado año 1955.

Mientras que por los Organismos patrocinadores de la Conferencia se reconoció que el Gobierno no intenta

proporcionar soluciones a todos los problemas que presenta la vejez, ni debe hacerlo, el primer objetivo de la misma consistió en definir las responsabilidades y las inter-relaciones federales y de los Estados.

La Conferencia estudió los seis temas siguientes: empleo, rehabilitación y retiro; prestaciones económicas; salud física y mental; educación y diversiones; vivienda y medidas reguladoras de la misma, y organización y funciones en los Estados.

Los Delegados de los Estados fueron adscritos a los grupos de estudio citados, en la medida que fué posible, por propia elección de los interesados; en otros casos, la adscripción a los grupos fué determinada por la posición oficial de los participantes. Los nombramientos también reflejaron el propósito de asignar personas de un mismo Estado para el estudio de materias de interés para éste, y para limitar cada grupo a unas treinta personas, aproximadamente, dando así a todos los participantes igual oportunidad para tomar parte en las discusiones.

Los días 5 y 6 de junio se dedicaron, primero, al estudio general de las propuestas presentadas y, a continuación, al estudio, por cada grupo especializado, de cada tema tratado inmediatamente antes. El tercer día, cada grupo se reunió para estudiar intensamente los temas que le afectaban y para proponer las recomendaciones pertinentes.

Los estudios realizados en conjunto tenían por finalidad aportar una orientación general en materia de vejez, y de este modo asegurar que las recomendaciones hechas por cada grupo en su área especial de intereses estuvieran coordinadas y estructuradas con una visión de conjunto. Los expertos en materias de empleo y de ingresos de los beneficiarios agruparon sus fuerzas para discutir la labor actual del Gobierno federal y de los Estados, y

lo que pueden hacer para crear una situación en la cual los hombres y mujeres de edad avanzada puedan optar libremente entre continuar en el empleo o acogerse al retiro, basándose en la utilidad del empleo y en lo adecuado de las prestaciones de retiro.

La Conferencia se inauguró en la mañana del 5 de junio, con una sesión general, presidida por el Director ejecutivo del Consejo de los Gobiernos de los Estados. El Delegado adjunto del Presidente dió la bienvenida a los participantes en nombre del Gobierno federal. El Gobernador de Nueva Jersey habló sobre el tema «La responsabilidad de los Estados en el campo de la vejez», resumiendo los factores políticos y prácticos que señalan la necesidad de una acción constructiva y eficaz al tratar con los problemas tan humanos de las personas de más de sesenta y cinco años, subrayando que no todos los problemas de la vejez son de carácter financiero, y pidiendo una revalorización, por parte de nuestra sociedad, del concepto general de la vejez. La sesión general de apertura concluyó con una disertación del Secretario adjunto del Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social, y Presidente del Consejo Federal de la Vejez.

En un banquete ofrecido dicho día a todos los participantes a la Conferencia, pronunció un discurso el Subsecretario de Trabajo, que versó sobre el tema «Nuevas perspectivas para los trabajadores de edad avanzada», el cual constituyó un informe provisional optimista sobre las medidas emprendidas por el Departamento de Trabajo para romper las barreras que se oponen al empleo de dichos trabajadores; estos proyectos comprenden dos grupos de actividades: primero, librar a los mismos de dificultades irreales; es decir, de aquellos obstáculos que son irracionales en el sentido de que no tienen jus-

tificación ninguna, aunque los empresarios están, en realidad, influenciados por ellos, y segundo, las medidas relacionadas con las dificultades reales, augurando una solución favorable para todos los problemas de estos trabajadores.

En la sesión final de la Conferencia, una gran audiencia se reunió para oír los informes de los seis grupos y el discurso de clausura de la misma, dirigido por el Secretario de Salud, Educación y Bienestar Social, en el que se refirió al aumento de actividades en los últimos años en materias tales como Seguridad Social, rehabilitación profesional, investigaciones médicas y construcción de hospitales, anticipando a los concurrentes que las recomendaciones que el Departamento prepara para el presupuesto del año 1958 incluirán una mayor atención para los servicios que benefician a las personas de edad avanzada. El Secretario terminó su discurso, refiriéndose a los continuos esfuerzos que se realizan en favor de los ancianos, con las palabras siguientes: «La meta que nos hemos fijado es clara: una sociedad en la cual el pueblo, independientemente de la edad, pueda vivir con dignidad y tener la oportunidad de disfrutar de una vida desahogada y placentera. En tal sociedad, no sólo las vidas de las personas ancianas serán mejoradas, sino la Nación en conjunto se beneficiará de la experiencia, conocimientos y fortalecimiento moral de los ciudadanos de edad avanzada.»

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE AUSTRALIA: *XV Informe del Director general de Servicios Sociales*. Camberra, 29 de agosto de 1956.

En virtud de lo preceptuado por el artículo 148 de la Ley de Servicios So-

ciales, ha sido elevado al Ministerio de Estado para Servicios Sociales el Informe de referencia, en el cual se pasa revista a las actividades del Departamento durante el ejercicio fiscal finalizado el 30 de junio de 1956, y que contiene los datos siguientes:

La Ley mencionada provee: pensiones de vejez e invalidez, subsidios a esposas e hijos de pensionistas inválidos, indemnizaciones por sepelio, pensiones de viudedad, subsidios de maternidad, subsidios familiares, subsidios de paro y de enfermedad, servicios de rehabilitación y prestaciones diversas en régimen de reciprocidad con otros países.

Aunque las tarifas de prestaciones de varios servicios fueron aumentadas durante el año, no se registraron cambios importantes en las responsabilidades del Departamento en dicho período. El número de beneficiarios aumentó en casi todas las categorías, lo cual condujo a un incremento del volumen de trabajo; no obstante, esto no dió lugar a los mayores esfuerzos que, por ejemplo, la aplicación de nuevos programas exigió en años anteriores. Por todo ello, el ejercicio ha sido relativamente normal, lo que ha permitido la oportunidad de revisar los procedimientos aplicados y mejorados convenientemente. La administración de un programa legislativo que afecta a la vida diaria de gran número de personas, muchas de ellas necesitadas, debe ser eficiente, económico y humano, hacia cuyas finalidades se han realizado constantes esfuerzos. El Departamento ha intentado asegurar que su personal no sólo administre la Ley con metódico cuidado, sino que proporcione a la comunidad un servicio caracterizado por el espíritu que informó la Ley y que urgió su aprobación.

Los gastos totales en prestaciones durante el ejercicio se elevaron a

176.525.760 libras, con un aumento de 22.370.483 libras sobre el año precedente. Las pensiones de vejez e invalidez, debido principalmente a la elevación de las tarifas de prestaciones durante el año, ascendieron a libras 13.618.989, ó 60,9 por 100 del aumento total.

Los gastos de administración del Departamento, incluidos los servicios médicos, ascendieron a 2.632.206 libras, lo que representa un aumento del 8,1 por 100 sobre el año anterior, que obedece, en parte, al reajuste de salarios efectuado.

La única enmienda introducida corresponde a la Ley núm. 38, de 1955, que entró en vigor el 19 de octubre del mismo año. Esta Ley autorizó aumentos en las prestaciones de vejez, invalidez y viudedad, y derogó las limitaciones sobre ingresos económicos de los pensionistas, prevaleciendo ciertas limitaciones para beneficiarios ciegos, a la vez pensionistas de guerra.

Desde el 27 de octubre de 1955, la tarifa máxima de las pensiones de vejez e invalidez fué aumentada en diez chelines semanales, ascendiendo a cuatro libras por semana. El importe de una pensión de vejez pagada a un internado en un asilo se aumentó de una libra cuatro chelines seis peniques, a una libra ocho chelines semanales. Se aumentaron también las pensiones a viudas civiles, ascendiendo las mejoras a diez chelines semanales.

Se registró un gran aumento en el número de pensionistas de vejez, siendo, en 30 de junio de 1956, de 446.207, comparado con 425.556 en la misma fecha del año anterior, lo que se debe al creciente número de personas incluidas en grupos de edades de pensión y a la suavización de los requisitos en materia de ingresos compatibles con las prestaciones. La proporción de pensionistas de vejez en la pobla-

ción total se elevó, durante el ejercicio, del 4,6 por 100 al 4,7 por 100.

El número de pensionistas de invalidez ascendía al final del ejercicio a 82.775, con un aumento de 4.277 sobre el año anterior. La pensión media de invalidez era de 7 libras 16 chelines 10 peniques quincenales. En la misma fecha existían 4.762 pensionistas ciegos y ancianos, y se hallaban internados en establecimientos benéficos 6.244 pensionistas de vejez e invalidez.

Los subsidios pagados a las esposas e hijos a cargo de pensionistas de invalidez aumentaron de 19.947, al final del ejercicio precedente, a 20.498, en 30 de junio de 1956, siendo la asignación anual de 1.331.200 libras.

Las indemnizaciones por sepelio sumaron 32.019, ascendiendo los pagos efectuados por este concepto a 318.941 libras, con un ligero aumento sobre el año anterior.

Las pensiones de viudedad importaron 7.722.796 libras, con un aumento de 860.374 libras.

El número de subsidios de maternidad pagados en dicho ejercicio fué el más elevado registrado hasta ahora, lo que refleja la influencia del programa de inmigración y la persistencia del índice de nacimientos. En conjunto, se pagaron 212.865 subsidios, con aumento de 4.686 sobre el año anterior, por un importe total de 3.410.407 libras.

Los subsidios de paro registran la concesión de 37.384 prestaciones durante el año, lo que representa un aumento de un 53 por 100 sobre el ejercicio anterior. El importe de los subsidios de paro ascendió a 718.521 libras.

El número de prestaciones por enfermedad fué ligeramente inferior al del año anterior, habiéndose concedido 55.985 prestaciones. Los gastos por este concepto ascendieron a 1.472.372

libras, con un descenso de 135.469 sobre el año precedente.

El número de subsidios de carácter especial se elevó de 3.548, en 1954-55, a 3.679, en 1955-56, hallándose en vigor al final del ejercicio 1947 prestaciones de esta naturaleza. El total importe satisfecho asciende a 372.219 libras, de cuya cantidad se han pagado 65.197 libras a personas migrantes.

El Departamento ha continuado proporcionando servicios de rehabilitación a pensionistas inválidos, trabajadores en paro y beneficiarios por enfermedad, perceptores de subsidios de tuberculosis y cierto número de personas de otras categorías. Durante el año se concedió la inclusión en estos servicios a 1.582 personas, de las que 1.300 contaban con menos de cuarenta y cinco años de edad. Ha proseguido también la concesión de beneficios de los Servicios Sociales a los ciudadanos de otros países con los que se mantienen convenios de reciprocidad, especialmente con Nueva Zelanda y el Reino Unido.

Los subsidios de tuberculosis fueron aumentados a 6 libras 2 chelines 6 peniques semanales para una persona sola (que en el caso de un internado en Instituciones especiales sometido a tratamiento ascendía a cuatro libras anuales), y a 9 libras 12 chelines 6 peniques, para un matrimonio, con un aumento adicional de diez chelines semanales por cada hijo menor de dieciséis años a su cargo. El 30 de junio de 1956 figuraban 4.427 subsidiados de tuberculosis, importando 1.689.774 libras los pagos por este concepto.

Durante dicho ejercicio se aprobó el establecimiento de una Comisión interdepartamental sobre retiro de vejez, con la finalidad de estudiar los problemas sociales, económicos y financieros derivados de la ayuda a las personas de edad avanzada y de los factores que afectan al empleo de las mismas. Di-

cha Comisión está integrada por representantes de los Departamentos de Servicios Sociales, Trabajo y Servicio Nacional, Tesoro, Salud, Jefatura del Gobierno y de la Junta de Servicios Públicos, y celebró su primera sesión en noviembre de 1955, desde cuya fecha se ha venido reuniendo regularmente, cubriendo sus deliberaciones un amplio campo de materias, y esperándose ulteriores investigaciones por la misma antes de que pueda ser emitido un informe final.

VIKTOR LOUIS: *La psicogenia en la práctica de la Medicina social.* — SCHWEIZERISCHEN KRANKENKASSEN-ZEITUNG.—Solothurn (Suiza), diciembre de 1956.

En este artículo, el autor, médico de las Cajas Suizas de Seguro de Enfermedad, apoyado en su larga experiencia del trato de pacientes, insiste en la casi general existencia de un origen psíquico en la mayor parte de los estados de quiebra del equilibrio vital. Tomamos algunos interesantes párrafos de su trabajo, que dicen así:

«Con cierta perplejidad se entra a tratar estos temas, porque, ya desde el principio, debe saberse honradamente que en relación con este problema no pueden citarse resultados, sino más bien hacer preguntas. Estas preguntas se derivan de la experiencia del autor como médico de una Caja suiza de Seguro de Enfermedad; pero es que las mismas se plantean diariamente a todos los médicos que tienen que ocuparse del aspecto social de la Medicina.

»Las estadísticas —así dice el profesor M. Boss— nos demuestran que de las enfermedades que son principalmente causa de muerte de las personas

de menos de cincuenta años, ya no figuran entre las diez causas principales el tifus y la difteria. Por el contrario, crece hasta el infinito el número de las llamadas neurosis orgánicas y de las enfermedades corporales idiopáticas o esenciales.» Una estadística de amplia base demuestra la solidez de las suposiciones de los médicos en este sentido, en tanto que las enfermedades puramente orgánicas disminuyen constantemente. Vemos en la práctica que cada vez mayor número de personas se dirigen a los médicos sin estar enfermos de acuerdo con la patología clásica. Llegan con los síntomas de todas las dolencias posibles derivadas de distintas situaciones de conflicto, conocidas y desconocidas del médico, para que se les libre de ellas. El impresionante aumento del consumo de medicamentos, en especial de los de poder analgésico, sedativo, hipnótico y estimulante, habla en el mismo sentido. El médico, en tanto en cuanto se sienta mecánico reparador de una máquina orgánica defectuosa, intentará comprender la dolencia con que el paciente se acercó a él como una función incorrecta, y esto lo atribuirá a un defecto orgánico. No necesita poner a la vista de todos que ello le hace fracasar en muchos casos. Cito otra vez al profesor Boss: «Se extrañan también los médicos de todo el mundo de que habiendo tenido lugar, gracias a las actuales posibilidades terapéuticas, un prodigioso descenso numérico dentro de los distintos grupos de enfermedades, sin embargo, el volumen total de morbilidad de la Humanidad es siempre creciente.»

Debret, de la Academia Francesa de Medicina, escribe: «En muchos casos existen grandes dificultades para determinar cuándo y dónde empezó el proceso morbosos. El enfermo que experimenta un malestar o una fatiga se hace muchas veces esta pregunta: ¿Es-

toy enfermo? ¿Es prudente consultar a un médico o debo seguir trabajando? Frecuentemente, se encuentran los médicos ante tales preguntas, cuya respuesta es muy difícil.» Resumiendo, lo que en el fondo establecen las citas anteriores es: *La Medicina mecánica, puramente somática (corporal) ya no basta hoy día. Los médicos nos encontramos casi totalmente impotentes contra los síntomas que nos presenta la Humanidad doliente.*

La persona que se dirige a nosotros, no ya como enfermo, sino como doliente, ofrece una enorme variedad de síntomas. Las causas, por su diversidad, pueden simplemente intuirse sin que sea posible determinarlas con precisión y llegar a conocerlas de manera definitiva. Por ello establecemos una diferenciación substancial para la investigación o reconocimiento biológico; es muy valioso el factor subjetivo. La llamada psicogenia, lo mismo si se manifiesta en el terreno somático que si lo hace en el físico-psíquico, puede tener sus raíces en todos los estratos de la vida humana, desde los más superficiales conflictos actuales hasta los problemas más profundos. La situación de conflicto es común a todas estas causas físicas citadas. La inadaptación del psiquismo humano permanece actual y superficial o en la zona alta y profunda del concepto existencial en su dimensión general. En la importancia de la atención que ha de dedicarse al conflicto origen de la psicogenia deberían sentirse unidas todas las tendencias y escuelas psicológicas.

Y ahora se presenta una de las preguntas fundamentales: Si nosotros, como médicos, queremos tratar la psicogenia causal, ¿significa esto que, sin más ni más, somos competentes para ello en general? ¿No es un falso supuesto al que doliente y médico se inclinan? ¿Posee la Medicina algo contra las causas de dolencias que no se

encuentre en los libros clásicos de anatomía patológica? Ciertamente, el paciente nada sabe decir de la causa de su dolencia; ésta permanece oculta en su subconsciente. Cree que lo que está enfermo es su estómago, su corazón o sus nervios. Ello no es decisivo, sin embargo, para nosotros, que podemos apreciarlo desde otro punto de vista. Tanto menos cierto será para nosotros cuanto la psicoterapia sea aplicada en mayor medida por los médicos. El valor que tiene como método medicinal depende mucho más de ello que lo que nosotros, los médicos, queremos comprender. La psicoterapia, principalmente cuando sea causal, debe captar el conflicto mismo. Si se trata de un conflicto surgido en una pequeña comunidad, por ejemplo, en un matrimonio, el médico podrá operar de manera eficaz. Pero no sólo por la fuerza incondicional de su formación médica y de su vocación profesional, sino de todas ellas reunidas en su papel de prójimo. Sin embargo, rara vez se presenta el conflicto en una pequeña comunidad; en la mayoría de los casos, la conducta neurótica es asunto entre la persona individual y la sociedad a secas.

Aquí intervienen ya la sociología y la política, y surge la pregunta de si la conducta inconveniente que nosotros, de modo analítico, procuramos tratar en un paciente depende de él realmente, o si la sociedad, como tal, no necesitaría también un tratamiento. Si reside el conflicto en estratos todavía más profundos, por ejemplo, en la posición del individuo frente a la vida, entonces la pregunta que corresponde, la que el médico se plantea, es todavía más inquietante, y nos encontramos de lleno en el campo de la cura de almas o de la filosofía. Tales cuestiones no se plantean solamente en casos accidentales de la psicoterapia clásica. Cada pronóstico desfavorable

que nos vemos obligados a establecer en el terreno somático las encierra.

Si la ciencia médica quiere insistir en que en la pura biología se encuentran métodos conocidos y prácticos para corregir los defectos corporales de la máquina orgánica, entonces, de modo lógico, no entra en los dominios de la psicogenia. En ese caso debería el médico declararse incompetente contra toda clase de dolencia humana que no cayera en el concepto de la anatomía patológica, y abstenerse de ejercer todo ascendiente sobre sus pacientes, que lo serían en lo puramente corporal. De las dolencias que a nosotros los médicos se nos presentan tan subjetivamente habrían de ocuparse otros que siempre tienen gusto en ello. Como aquí entra ya la psiquiatría, que siempre fluctúa entre la patología y la psicogenia, existiría una preocupación para sí, pero no la mayor. Peor sería el desamparo en que la Humanidad se encontraría en general si los motivos tan enlazados con las dolencias se agudizaran por falta de competencia. La dolencia humana es —vista subjetivamente— algo de conjunto, y ningún paciente es capaz de llegar a conocer las causas de su padecimiento sin que alguien le ayude a buscarlas. Los médicos siempre hemos tenido libertad para situarnos en este punto, mientras que admitíamos la definición de salud como algo negativo, o sea, como ausencia de enfermedad, entendiéndola la enfermedad en el sentido patológico-anatómico.

Pero ahora, hace pocos años que la Organización Mundial de la Salud dió una definición de la salud completamente distinta. *La salud es desde ahora el grado máximo de bienestar físico, psíquico y social.* Dos cosas deben considerarse aquí:

En primer lugar, que lo psíquico y lo social, como factores autónomos,

se colocan a la misma altura que lo físico. El custodio y defensor de la salud, que debe ser el médico, tiene ya que ocuparse del aspecto psíquico y del social, y de los efectos recíprocos de los tres componentes.

En segundo término, ha de considerarse que esta definición habla de *bienestar*, tanto en una dimensión subjetiva como objetiva. Este concepto, en su aspecto subjetivo, ya no es para nosotros, como biólogos, una especulación científica, sino algo más palpable.»

Sigue propugnando la necesidad de prestar atención máxima a los orígenes psíquicos de las enfermedades, y plan-

tea importantes cuestiones, tales como la del coste para las Instituciones de Seguro de Enfermedad de la aplicación a los enfermos asegurados de las nuevas tendencias.

Estima del mayor interés el trabajo de los médicos en equipo y, por tanto, los tratamientos a base de consultas de médicos, y dice finalmente que lo mismo que la familia en que el individuo desarrolla su vida puede ser considerada como unidad productora de enfermedad, ha de estimársela también como unidad productora de salud, puesto que la situación psicológica de la personalidad tiene su origen en el ambiente familiar.

V.-RECENSIONES

En esta sección se dará cuenta de todas las obras, relacionadas con la Seguridad Social, de que se remita un ejemplar a la Dirección de la Revista.

Gert Kummerow.—“Algunos problemas fundamentales del contrato por adhesión en el Derecho privado”.—Universidad Central de Venezuela.—Facultad de Derecho.—Sección de Publicaciones.—Caracas, 1956.

La Sección de Publicaciones de la Facultad de Derecho de la Universidad de Venezuela, en su volumen 16, publica la tesis presentada por Gert Kummerow para obtener el título de Doctor en Derecho en la citada Universidad, referente a «Algunos problemas fundamentales de los contratos por adhesión en el Derecho Privado».

Como el autor indica en la parte preliminar de la obra, su trabajo no es sino un esquema donde quiere sintetizar el problema capital de la adhesión en el contrato, un esquema que aspira a sugerir una nueva visión en torno al mismo y una preocupación para cuando, en su día, surjan nuevas normas complementarias en la legislación, dejando con ello satisfecho el esfuerzo del autor.

En el plan que se traza Gert Kummerow para desarrollar su trabajo, recoge el contenido del mismo en cuatro capítulos referentes: a la estructura del contrato y el contrato por adhesión, el primero; fundamento, caracteres y naturaleza de la adhesión en los contratos, el segundo; los problemas que suscita actualmente el mismo, por lo que se refiere al tercero y el último, analizando el contrato de adhesión frente a las doctrinas y ordenamientos jurídicos positivos.

Una síntesis de estas ideas, en relación con la estructura del contrato en general y el contrato por adhesión, ofrece al autor la oportunidad de entrar en forma breve a estudiar la raíz del concepto «contrato», remitiéndose a la estructura del mismo, según la concepción clásica, exponiendo el pensamiento de la Roma antigua y ofreciendo una exposición acerca de la concepción bipartita de Brinz, y recogiendo, en relación con la misma, la opinión y el estudio de distintos autores.

La estructura del contrato, dentro de las corrientes actuales, la relación jurídica, la situación jurídica, el contrato como creación de normas jurídicas, el papel de la autonomía de la voluntad en el contenido de la relación contractual, la libertad de elección de las consecuencias jurídicas por los contratantes, las limitaciones de la autonomía de la voluntad y la formación del vínculo contractual en el contrato por adhesión, es lo que recoge el autor en el primer capítulo de su tesis doctoral.

Nos ofrece en el segundo capítulo lo relacionado con el fundamento, caracteres y naturaleza de la adhesión en los contratos, en el marco que una obra de esta clase lleva consigo, y trata, dentro del plan que ha establecido, las distintas tendencias que sobre el particular han sido motivo de estudio por publicistas y autores sobre la materia.

Por lo que se refiere al problema actual del contrato por adhesión, que es

el contenido del capítulo 3.º, nos habla el autor, recogiendo el análisis que en las partes anteriores han precedido en el estudio de la materia y de la cuestión de la validez de las cláusulas predispuestas, las cláusulas principales y las accesorias y el contenido y examen de las «cláusulas vejatorias», de las cláusulas de exoneración o de limitación de la responsabilidad. La cláusula compromisoria, la derogatoria de la competencia judicial, las restrictivas de la libertad de contratar con terceros, la progresiva «humanización del derecho» y el contrato por adhesión, la noción del «débil jurídico», terminando con el principio de la buena fe en los contratos.

Por ello, la jurisprudencia, al comprobar si en determinados casos se realiza el supuesto previsto en la ley, ha recurrido frecuentemente al examen de los hechos para indagar si reúnen los requisitos exigidos por la «buena fe».

Por último, el cuarto capítulo, como hemos dicho ya anteriormente, se refiere al contrato por adhesión frente a la doctrina y los ordenamientos jurídico-positivos, subdividiéndolo en distintos capítulos referentes a la lesión y las normas unilateralmente formuladas; posición de la jurisprudencia frente a las cláusulas vejatorias; tratamiento jurisprudencial de algunas cláusulas vejatorias; la interpretación de las cláusulas oscuras como parte del análisis de la adhesión en los contratos; la tesis de la intervención del Estado. El dirigismo contractual; los contratos por adhesión frente a la Ley. La incorporación de nuevas normas en la legislación; insuficiencia actual de los textos positivos y posibles bases de un conjunto de normas sobre la adhesión en los contratos.

Esta publicación a que nos referimos comprende un total de 245 páginas, las últimas de ellas dedicadas a una bibliografía general sobre obras que tratan algunos puntos específicos de la problemática del «Contrato por adhesión».

L. PALOS.

“Anuario de estadísticas del trabajo”, Oficina Internacional del Trabajo. — 16.^a edición. — Ginebra, 1956. 503 págs.

El anuario correspondiente al año 1956 conserva las directrices habituales a estas publicaciones periódicas de la Oficina Internacional del Trabajo, y sus datos estadísticos continúan ordenados en los once Capítulos siguientes:

I. Población total y población económicamente activa; II. Empleo; III. Paro; IV. Horas de trabajo; V. Salarios y rentas de trabajo; VI. Índices de los precios de consumo y precios al por menor; VII. Encuestas sobre las condiciones de vida de las familias; VIII. Seguridad Social; IX. Accidentes del Trabajo; X. Conflictos del Trabajo, y XI. Migraciones. Se incluyen también dos Apéndices: el primero publica producción industrial, precios al por mayor y tipos de cambio, y el segundo con datos estadísticos de la U.R.S.S.

Este anuario contiene en total 39 cuadros estadísticos, dos menos que el año anterior. Los cuadros suprimidos de este último son los correspondientes a los números 34 y 37, titulados: «Seguridad Social, activo, pasivo y patrimonio neto» y «Conflicto del trabajo por industrias», respectivamente.

El número de países de los cuales se publican datos, son: 25 africanos, 33 ame-

fricanos, 24 asiáticos, 26 europeos y cinco de Oceanía, sin que esto quiera decir que todos los países publiquen datos en las distintas secciones. Al final de la obra existe una tabla con los países incluidos en cada cuadro estadístico.

Cada Capítulo tiene una especie de introducción donde se destacan las características más importantes de las estadísticas contenidas, formas de elaboración y precauciones que deben tomarse cuando quieren comparar las estadísticas de los distintos países.

Del Capítulo I, «Población total y población activa», se publican cinco cuadros, que contienen cifras absolutas, porcentajes por grupos de edades, estructura de la población activa y trabajadores por Ramas de actividad económica. La dificultad de construir estas estadísticas implica que la mayoría de los datos publicados sean los mismos que los del año 1955; sólo se han incluido estadísticas nuevas de seis países africanos, 12 americanos, cuatro asiáticos, cuatro europeos y cuatro de Oceanía, que no figuraban en el anuario de 1955. Los datos más recientes corresponden a Italia (1955) y al Congo Belga (1954); los más antiguos son los de Grecia (1940), Indonesia (1930), Uruguay (1940) y Perú (1940).

En el Capítulo II, «Empleo», se publican cuatro cuadros que contienen datos sobre el índice general de empleo, índices de empleo en las actividades económicas más importantes (industrias manufactureras, minas, construcciones y transporte), en algunas industrias manufactureras especificadas y personas empleadas. El índice general de empleo se ha calculado este año por primera vez, para el nivel general por una parte y para el empleo no agrícola por otra. A los datos publicados en el anuario anterior se han incluido corrientemente los correspondientes a 1955 y, en algunos casos, los correspondientes al primer semestre de 1956.

En el Capítulo III, «Paro», se publican dos cuadros, con datos del nivel general del paro y por grupos de actividades económicas o de profesiones. Los datos, en general, se refieren al año 1955 y en algunos casos se complementan con los del primer semestre de 1956.

En el Capítulo IV, «Horas de trabajo», contiene cuatro cuadros con datos relativos al promedio de horas de trabajo semanales por obrero, según: el nivel general, los grupos más importantes de actividad económica, industrias manufactureras especificadas y en 41 profesiones. Los cuadros normalmente incluyen datos del año 1955, y los correspondientes a las profesiones aludidas se refieren a octubre de 1955.

El Capítulo V, «Salarios y rentas de trabajo», incluye siete cuadros referentes a los salarios medios nominales del trabajador, detallando para el nivel general de salarios, salarios en las actividades económicas más importantes, en las industrias manufactureras especificadas, en la agricultura, en las 41 profesiones mencionadas anteriormente, y el último cuadro se refiere a rentas de trabajo y a renta nacional. En muchos cuadros hay datos hasta el primer semestre de 1956, y en otros las cifras llegan solamente hasta 1955, y en algunos a 1954. Del cuadro de rentas de trabajo y renta nacional sólo publican datos cuatro países africanos, 11 americanos, tres asiáticos, 11 europeos y dos de Oceanía.

El Capítulo VI, «Índices de precios de consumo y precios al por menor», publica dos cuadros: el primero con los índices de los precios del consumo para todos los grupos de artículos y el de la alimentación; el segundo contiene los índices de precios de todos los grupos de artículos de la alimentación, combus-

tible, alumbrado, vestido y alquiler. También se publican los precios al por menor de 41 bienes de consumo, en octubre de 1955.

El Capítulo VII, «Encuestas sobre las condiciones de vida de la familia», contiene datos sobre el importe y fuentes de los ingresos familiares, así como la distribución de los gastos. En seis cuadros se recogen aquellas estadísticas, así como los gastos según los ingresos, la distribución de los gastos de alimentación en pan y cereales, carne y pescado, grasas y aceites, leche y productos lácteos, huevos, verduras y frutas, azúcar y bebidas sin alcohol, bebidas alcohólicas, otros artículos y comidas consumidas fuera del hogar.

El último cuadro se refiere al contenido calórico de la provisión de alimentos, según los grupos anteriormente mencionados. Estas clases de estadísticas se realizan mediante encuestas entre las familias y generalmente se refieren a las familias de obreros y empleados. Como la fecha de la encuesta es un dato esencial, figura en la mayoría de los cuadros. Las encuestas europeas más recientes corresponden a Austria (1954), Yugoslavia (1955), Suiza (1955), Francia (1954) y Alemania (1955); las más antiguas corresponden al Reino Unido (1938) y Turquía (1939).

El Capítulo VIII, «Seguridad Social», contiene tres cuadros: el primero, llamado de participantes, se refiere a los cotizantes en los regímenes contributivos, y a los participantes directos cuando el régimen es de los no contributivos. En este sentido se publican datos, desde 1948 a 1955, de los participantes en el Seguro de Enfermedad-Maternidad, con derecho a prestaciones económicas; del Seguro de Vejez, Invalidez y Sobrevivencia; de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y de Paro. También se incluye un apartado con las personas protegidas por la Asistencia Médica del Seguro de Enfermedad-Maternidad. Los datos se refieren a cuatro países africanos, 13 americanos, seis asiáticos, 22 europeos y Nueva Zelanda.

En el cuadro referente a «Número de beneficiarios» comprende los siguientes datos:

Del Seguro de Enfermedad-Maternidad, número de casos de enfermedad indemnizados en metálico, ídem de maternidad; número de días indemnizados por enfermedad, e ídem por maternidad. Del Seguro de Vejez, Invalidez y Sobrevivencia, número de beneficiarios de pensiones de Vejez, Invalidez, Viudez, Orfandad y otros casos de sobrevivencias, y número de beneficiarios, cuyas prestaciones consisten en sumas globales (en caso de muerte, de matrimonio, etc.). Del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, publica: número de casos indemnizados por accidente y enfermedad profesional, distinguiendo los casos mortales, los que la indemnización ha consistido en el pago de una suma global, pensiones a los sobrevivientes, pensión por incapacidad permanente, asignaciones durante la incapacidad temporal. También se detalla el número de beneficiarios que perciben pensión por incapacidad permanente y por sobrevivencia (viudas, huérfanos y otros sobrevivientes).

Del Seguro de Paro se publican datos sobre: número de casos de paro indemnizados, número de días indemnizados y número de personas indemnizadas.

De Subsidios Familiares: número de familias que perciben asignación, número de niños por los que se pagan asignaciones y número de cónyuges u otras personas para las que se han pagado asignaciones en junio de 1953, 1954 y 1955.

De los Seguros mencionados, Enfermedad-Maternidad, Vejez, Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y Paro, se publican los ingresos y gastos, distinguiendo los ingresos por su procedencia: de los asegurados, de patronos, del poder público, otras subvenciones del erario público, intereses de las inversiones y otros ingresos. Análogamente, las prestaciones se clasifican en dinero (periódicas y otras), prestaciones en especie, gastos de administración y otros gastos.

Del Capítulo IX, «Accidentes del Trabajo», se publican en un solo cuadro las tasas de frecuencia de los accidentes del trabajo de 1937 a 1955, en las minas, industrias manufactureras y en los ferrocarriles. Para cada una de estas ramas económicas se indican las tasas de frecuencias de los accidentes mortales; en el caso de las minas se presentan también las tasas de los accidentes no mortales.

En el Capítulo X, «Conflictos de trabajo», se presentan en un solo cuadro el número de conflictos, trabajadores afectados y días de trabajo perdidos desde 1937 a 1955.

En el Capítulo XI, «Migraciones», se dan las estadísticas de emigrantes e inmigrantes, nacionales y extranjeros, desde 1937 a 1955, procurando distinguir la migración continental de la intercontinental.

Los datos de la U.R.S.S. se presentan en un Apéndice, a causa de que desde 1947 no ha figurado información de este país en el anuario. Como estos datos no son, ciertamente, comparables en algunos aspectos con los que en el anuario se publican de otros países, la Oficina Internacional del Trabajo ha preferido presentarlos en forma separada, aun cuando anuncia que hará un esfuerzo para publicar en lo sucesivo dichos datos junto con los demás países. Las estadísticas presentadas se refieren a población, empleo, renta nacional, prestaciones sociales, productividad, precios al por menor, obreros y empleados en la industria, número de especialistas, formación profesional, etc.

JUAN BEJAR DEL ALAMO.

**Instituto Nazionale della Previdenza Sociale.—
“Trent’anni di studi e di attività sociali, 1925-
1954”.—Roma, 1956. 480 págs.**

El volumen que se presenta bajo el título reseñado constituye el índice de la revista «Previdenza Sociale», editada por el Instituto Nacional de Previsión Social de Italia, y cuyo antecedente «Le Assicurazioni Sociali» fuera creada por la Caja Nacional de Seguros Sociales en el año 1925. Se contrae el contenido de este volumen al período comprendido entre los años 1925 y 1954, y presenta la catalogación de todos los trabajos aparecidos en aquellas publicaciones relacionados con la política social en general y con los Seguros sociales en particular, tanto nacionales como extranjeros.

Tras breve presentación y exposición de los motivos que indujeron al Instituto Nacional de Previsión Social a editar este índice de la revista, entre otros actos celebrados para conmemorar con toda solemnidad el trigésimo aniversario de su creación, se hace un relato histórico de la legislación social italiana y

de la labor desplegada por los órganos gestores de los Seguros sociales de dicho país con la finalidad de resolver los múltiples problemas técnicos y económicos que presentaba el desarrollo y perfeccionamiento de los mismos, exponiéndose, asimismo, en rápida síntesis, los hechos más destacados de la evolución que ha sufrido la previsión social en el mundo durante el período antes mencionado, y los factores de diversa índole que forman el ambiente en el que aquélla opera y se desarrolla.

A continuación, al ponderar la fecunda labor editorial de la revista, se hace una distinción entre dos épocas de actuación de la misma: la que tiene lugar desde su fundación hasta el año 1943, y la que va desde su reaparición, en el año 1945, hasta el año 1954, sin más solución de continuidad que la forzada por los acontecimientos derivados de la segunda guerra mundial.

La primera época se caracteriza, en sus principios, por la influencia de un cúmulo de concepciones típicas del período original de los Seguros sociales, y refleja la alternativa de sucesos, ora favorables, ora adversos, por los que pasaron éstos; después, por un espacio de tiempo que refleja el anhelo de todos los países del mundo por superar la crisis económica de la tercera década del presente siglo, paliando, en escasa medida, con las prestaciones de los incipientes Seguros sociales, la angustiosa situación de los trabajadores. La segunda época recoge ya el fruto de la consolidación y amplia aplicación de los principios de la moderna Seguridad Social, emanados de la Carta de Filadelfia y del movimiento social forjado en los últimos años de la guerra, con el consiguiente programa de protección de las clases económicamente débiles, programa que la revista logra divulgar extensamente, realizando para ello un gran esfuerzo editorial.

A continuación de esta densa exposición de hechos históricos, viene el índice propiamente dicho de la revista, que se divide en tres grandes partes: índice por autores, índice por materias e índice por países, y responde a la sistemática actual de la revista.

Esta última se divide en los capítulos siguientes: artículos y estudios, investigaciones, informaciones sociales y los correspondientes a referencias sanitaria, legal, estadística y bibliográfica.

Aunque parece obvio hacer aclaración alguna al contenido de aquellas partes en que se presenta dicho índice en razón a la elocuencia de su denominación, van precedidas de algunas advertencias, a fin de contribuir a la mejor utilización de la obra, que resulta de un gran valor práctico para la localización de los múltiples trabajos de carácter social aparecidos en los últimos treinta años de intensa labor en el campo de la previsión.

P. M. BORRAJO V.

“Annual Report of the Chief Inspector of Factories”.—Londres, noviembre de 1956. 275 págs.

El Ministro de Trabajo y Servicio Nacional presentó al Parlamento, en noviembre último, el informe arriba mencionado, correspondiente al ejercicio de 1955, en el que se expone ampliamente la labor desarrollada por la ins-

pección de industrias fabriles. Este documento se divide en cinco partes, que recogen los datos correspondientes a las materias siguientes: medidas de seguridad en el trabajo, servicios sanitarios y complementarios orientados a mejorar las condiciones del trabajo, reglamentaciones especiales, servicios de bienestar social y actividades diversas, y se subdivide en veinticinco capítulos.

El informe destaca que, durante el año en estudio, se han registrado en todo el país, y en industrias de tipos diversos, numerosos ejemplos de perfeccionamientos en los métodos de producción, de creciente mecanización y de aplicación de la automatización en varios grados, todos los cuales tenían por finalidad aumentar la producción. Para la aplicación de estos nuevos métodos industriales se ha hecho patente la necesidad de emplear trabajadores altamente especializados, lo que ha motivado una constante demanda de toda clase de técnicos por parte de los establecimientos fabriles; con este motivo se han aplicado nuevos métodos de formación y capacitación de los mismos, norma que se ha extendido por todo el país. La tendencia a aumentar la mecanización en toda la industria tiene por objeto eliminar en lo posible los trabajos manuales pesados que se venían realizando en las fábricas hasta ahora; sin embargo, se acentúa la creencia de que algunos métodos recientemente establecidos y aplicados a la producción traen consigo nuevos riesgos en forma aun más complicada.

Las aplicaciones directas de la energía nuclear son ya numerosas, y como es de esperar que estas técnicas continúen desarrollándose, es lógico suponer que las mismas producirán un cambio total en la industria de la nación. Al mismo tiempo, es interesante destacar que se han producido algunos perfeccionamientos eléctricos y electrónicos menos espectaculares que aquéllos, pero de gran importancia para la industria, especialmente en la industria pesada.

Los nuevos métodos industriales implantados permiten suponer que estamos asistiendo a una verdadera revolución en la industria del acero, pues son evidentes los progresos realizados en las distintas fases de la misma y en el control de las operaciones que en aquélla tienen lugar, además de las ventajas producidas en el aspecto económico y en el de las condiciones de trabajo del personal empleado, particularmente en lo que se refiere a la supresión o reducción de humos. Otro progreso realizado en esta industria consiste en la electrificación de equipos diversos, antes movidos por combustibles de distintos tipos, lo que viene a simplificar notablemente el proceso industrial, aparte de resultar también ventajoso en el orden financiero.

El año 1955 fué notable, en cuanto se refiere al estudio de la energía nuclear, por la publicación, en el mes de mayo, de las Recomendaciones de la Comisión Internacional de Protección Radiológica, que constituye el documento más importante de que se dispone sobre el particular, y también por haberse celebrado la I Conferencia Mundial sobre el empleo pacífico de la Energía Nuclear, hecho que tuvo lugar en Ginebra, en el mes de agosto, y cuya aportación al desarrollo de nuevos proyectos en el campo de la energía atómica y al empleo de subproductos de la misma es del máximo valor para la industria.

La parte más extensa del presente informe se dedica a la implantación de medidas de seguridad en el trabajo con el fin de evitar los accidentes. A este respecto, dice el repetido informe que, aunque no se ha realizado nada espectacular durante el año 1955, han sido mejorados notablemente los métodos de prevención de riesgos, hasta tal punto, que permitirían augurar una sensible

reducción de los accidentes en trabajos mecánicos en el caso de que llegaran a ponerse en práctica en toda su amplitud en las industrias interesadas, siendo de esperar que se acoplen a las máquinas-herramientas correspondientes los dispositivos de seguridad inventados, a fin de lograr un mayor éxito en esta campaña de prevención de accidentes del trabajo en la industria. Otro factor importante en esta materia es la supresión de puntos peligrosos en las máquinas de trabajo, generalizándose la tendencia, cuando esta supresión no es posible, a desviar estas partes peligrosas al interior de la estructura de las máquinas, con objeto de evitar el contacto con los operadores de las mismas. Entre las numerosas innovaciones aplicadas para prevenir en lo posible los riesgos en el manejo de la maquinaria, se destacan los dispositivos fotoeléctricos, que proporcionan un eficiente control de la marcha de las máquinas, a la vez que constituyen un medio utilísimo de protección, especialmente en los casos en que son impracticables o de difícil empleo los métodos convencionales destinados a este fin.

Durante el transcurso del año 1955 se registraron 188.403 accidentes en los establecimientos sometidos a la legislación cuya vigilancia compete a la Inspección informante. La cifra correspondiente al año 1954 se elevó a 185.167 casos. Desde 1952, año en que se registró el número más bajo de accidentes del trabajo de la posguerra, se viene advirtiendo un aumento constante en el número de accidentes en la industria; pero, teniendo en cuenta que en los tres últimos años se ha producido una expansión general de las actividades industriales, cabe atribuir a este factor la causa principal de la curva ascendente de siniestros. De aquella totalidad indicada para el año 1955, 703 casos resultaron mortales, si bien es digno de mención que a partir de 1951 es constante el descenso de accidentes mortales en la industria, como lo demuestra la cifra referida a este último año, que ascendió a 828 casos.

Por lo que respecta a las condiciones sanitarias de los trabajadores, tema al que se dedica la segunda parte de este informe, se dice en el mismo que los procesos industriales se vuelven cada vez más complicados y que, en muchos casos, los riesgos han aumentado proporcionalmente, si bien es justo reconocer que las medidas establecidas para lograr el bienestar de los trabajadores han sido mejoradas notablemente. En consecuencia, se ha reducido la posibilidad de riesgos derivados del empleo y manipulación de materias tóxicas. Este y otros progresos obtenidos se deben, en buena parte, a la actitud favorable adoptada por los empresarios, que en su gran mayoría han llegado al convencimiento de que es necesario contar con buenas condiciones de trabajo como medio de mantener a sus empleados en buen estado de salud física y moral, y satisfechos de la labor que realizan, y también como medio eficaz para reducir en lo posible el absentismo en el trabajo.

El informe de la Inspección conceptúa como el hecho más destacado de entre los ocurridos en la esfera de su competencia durante el año 1955, la organización e iniciación de dos importantes encuestas, realizadas con el asesoramiento del Comité Asesor de Sanidad Industrial, encaminadas a conocer, una de ellas, las condiciones sanitarias existentes en todos los establecimientos industriales de una localidad, habiéndose escogido para este propósito la ciudad de Halifax, y la otra encuesta, las condiciones sanitarias de una industria determinada, a cuyo fin se ha seleccionado la industria de la alfarería. En la fecha de publicación de este informe prosiguen los trabajos de estas dos in-

formaciones, por lo que se desconocen los datos definitivos de las mismas, siendo sólo posible reconocer la voluntariosa colaboración de todos los elementos interesados, lo que revela el vivo interés que se observa en todo el país por la Medicina y la higiene del trabajo.

Entre los diversos problemas sanitarios que son causa de gran número de riesgos, y a los que se ha tratado de buscar soluciones adecuadas, figura la falta de limpieza en las fábricas, habiéndose comprobado que en las industrias en que existe grande riesgo de explosión o incendio, es de capital importancia mantener una limpieza escrupulosa como factor indispensable de prevención de accidentes del trabajo. Por ello, se aconseja aumentar los esfuerzos para lograr la extracción del polvo e impurezas de las fábricas, que constituyen un riesgo en potencia contra la salud de los trabajadores, aunque se tropieza, en general, con el inconveniente de la falta de personal dedicado a labores de limpieza. Un medio que ha dado resultados satisfactorios para paliar este problema es el empleo de personas ancianas, en lo posible, jubilados de las mismas empresas. Otros problemas que se han tratado de resolver son los de ventilación, temperatura, ruidos, hacinamiento de trabajadores, locales subterráneos, humedad, iluminación, medios de esparcimiento y vigilancia médica, factores todos de capital importancia para el bienestar de los trabajadores empleados en industrias fabriles.

En noviembre de 1955 se practicó una información parcial para conocer el número de fábricas que, contando con más de 50 trabajadores, tienen adscritos a las mismas servicios médicos y sanitarios para la atención de su personal. La encuesta comprendía a 21.693 fábricas, de las cuales 4.619 habían organizado servicios médicos propios, unas en régimen permanente y otras en número limitado de horas, y 5.079 fábricas disponían de personal auxiliar sanitario. Como era de esperar, los sistemas más completos de vigilancia médica se encuentran en las fábricas más importantes, particularmente en aquellas que tienen algunos riesgos especiales para la salud; sin embargo, el número de pequeñas fábricas que cuentan con servicios médicos está aumentando constantemente. El total de trabajadores jóvenes empleados en fábricas que han sido sometidos a reconocimiento durante el año 1955, en virtud de la legislación vigente, asciende a 509.620.

La labor de la Inspección en las industrias sometidas a reglamentaciones especiales, que se comenta en la parte tercera de este informe, abarca diversas actividades conducentes a comprobar principalmente la observancia de las disposiciones legales que afectan a las mismas para evitar los riesgos derivados de la manipulación de productos perjudiciales a la salud, aconsejando y orientando a las empresas, en caso contrario, las medidas que deben tomarse en cada circunstancia especial. En cuanto a horas de trabajo se refiere, se hace una breve mención en la parte cuarta de este informe, reconociéndose las distintas modalidades de trabajo que se aplican a las mujeres, los menores y los trabajadores de edad avanzada. En general, se consideran satisfactorias las medidas adoptadas por las Empresas para proporcionar comodidad, higiene y satisfacción en el trabajo a su personal, medidas que ya han dejado de considerarse como no esenciales, pues influyen notablemente en la salud del trabajador y repercuten en la constancia de éste en el trabajo.

Entre las actividades diversas que figuran en la última parte del informe, merece destacarse la transformación efectuada durante el año 1955 en el Museo

de Seguridad e Higiene del Trabajo, al que fué asignada la nueva denominación de Centro de Seguridad e Higiene Industrial, con cuyo motivo ha sido ampliamente reorganizado y remozado en su disposición general, haciéndolo más eficiente y agradable a los numerosos visitantes que acuden al mismo.

Cierra este volumen una serie de apéndices con diversas tablas estadísticas sobre las materias contenidas en el repetido informe.

PEDRO M. BORRAJO V.

Zamora Tiffón, Manuel, y Frandi Farrás, Francisco.—“Centro Auxológico y de Medicina Preventiva Infantil”.—Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad.—Madrid. 30 págs.

En el presente folleto se relacionan las actividades del Centro Auxológico y de Medicina Preventiva Infantil, de la Obra benéfico-social de la Caja de Ahorros y Monte de Piedad, de Barcelona.

Este Centro tiene por misión la educación higiénica, así como la investigación de los problemas del desarrollo de los niños asistentes a las escuelas pertenecientes a la Obra de referencia, así como de los alumnos de otras escuelas, inscritos voluntariamente para el disfrute gratuito de estos servicios. Actualmente están inscritos 7.323 niños.

Se halla instalado en un local anexo a uno de los Grupos escolares, servido por personal médico especializado en Pediatría, Higiene escolar y Medicina social y preventiva, además del personal auxiliar preciso. Este Centro actúa en cooperación con la Inspección Médico-Escolar del Estado.

Para su más eficaz actuación, cuenta como base con la colaboración del maestro, ya que, por estar en contacto directo con los niños, es quien puede apreciar en su iniciación cualquier anomalía que se presente en los mismos.

La iniciación de las tareas del Centro constituye la formación de la anamnesis o historia del niño, que se realiza por medio de referencias directas de los padres, hechas a la asistente sanitaria social, quien, por medio de un detallado «test», rellena la ficha personal inicial de cada escolar.

Las pruebas a que se somete a los niños, son múltiples.

En las pruebas de visión se analizan los defectos de refracción, hipermetropía, miopía, astigmatismo y estrabismo. Anualmente se practican las pruebas de agudeza visual por medio de optotipos de Snellen y Sölein, y para la visión próxima de aquellos escolares que, por su edad, no saben leer, se utilizan los optotipos del profesor Casanovas.

Para la visión de los colores, se emplean las pruebas de Eshihara.

Cuando los niños deban usar lentes, se somete a éstos a un reconocimiento semestral.

El examen de audición se verifica bajo dos formas distintas: examen clínico y audiométrico.

Las pruebas funcionales a que son sometidos los alumnos se basan en espirometría, y las pruebas funcionales circulatorias consisten en saltos, Schneider, Master, apnea voluntaria, etc.

En cuanto a la higiene dental, se verifica una inspección periódica anual, fomentándose los hábitos de higiene dental, desde el elemental cepillado de dientes hasta las dietas anticaries a las madres de los escolares.

Por medio de «tests» colectivos, se explora la capacidad mental de los niños, sometiendo a «tests» individuales a aquellos en quienes se sospeche existen indicios de anormalidad. Por la gran influencia ambiental que ejercen sobre el niño, se estudia, por medio de las asistentes sanitarias sociales, el hogar familiar en su aspecto psicoafectivo, fomentándose, asimismo, el contacto entre el educador y los padres de los escolares.

Tampoco se olvidan las experiencias de «autoexpresión» por medio de la música, danza, arte, teatro, etc.

Otro factor muy importante en la higiene de la enseñanza constituye la jornada escolar, prohibiéndose la imposición de «deberes» para su realización en el hogar, en tiempo distinto a la jornada escolar.

La lucha contra las enfermedades infecciosas se verifica por medio de las vacunaciones, practicando éstas si el niño no presenta el certificado acreditativo de haberse sometido a ellas. La revacunación antidiftérica solamente se verifica si el niño presenta una reacción Schick positiva, pruebas que se repiten cada tres años.

Para la lucha antituberculosa, se somete a los niños a pruebas tuberculínicas sucesivas y al examen radioscópico, practicándose radiografías en los casos que aparezcan dudosos. Se proyecta implantar un equipo de fotorradioscopia móvil, con objeto de ganar en extensión y rapidez, actuando en grandes masas.

Las prácticas de vacunación B.C.G. solamente se practican a petición de los padres del niño, sometiendo previamente a éste a las pruebas de tuberculina. Aproximadamente el 99 por 100 de la población escolar solicita la vacunación.

La revacunación se practica a todo niño vacunado que presente alergia negativa, y en quienes no produzca reacción alguna, la cutirreacción con B.C.G.

Como medida fundamental para mejorar el estado nutritivo suministra los denominados «complementos alimenticios, vitamínicos y minerales». En aquellas escuelas situadas en zonas de población económicamente débil, se suministra a los escolares la comida de mediodía en comedores al efecto.

El Centro orienta las normas higiénicas generales del ejercicio físico, por considerar la gran importancia de la educación física en la formación de la personalidad.

Las actividades reseñadas se complementan con el cuidado de las condiciones higiénicas del edificio escolar, así como del estado sanitario de cuantos se hallen en contacto con el alumno. Los profesores son sometidos a un reconocimiento previo a su ingreso en la escuela, seguido de los exámenes anuales generales obligatorios y de aquellos a que voluntariamente quieran someterse.

De la lectura del folleto que nos ocupa se desprende la gran labor social que verifica la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Barcelona, por medio de su Centro Auxológico, sin limitarse a esta labor, con ser excelsa, sino ampliando sus actividades a las de la alta investigación científica, debiendo hacerse especial mención del estudio longitudinal del crecimiento del niño en la edad escolar, basado en las directrices utilizadas por el «Centre International de l'Enfance», de París.

J. CELARAIN OTERMIN.

Bosch - Marín, Juan. — “Problemas que plantea actualmente la poliomiélitis”.—Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad.—Madrid. 56 págs.

El Dr. D. Juan Bosch-Marín, Jefe de los Servicios Centrales de Higiene Infantil, en la Sesión inaugural de la Sociedad de Pediatría, como Presidente de la misma, expuso en una brillante conferencia los problemas mundiales que plantea la poliomiélitis.

Divide su conferencia en doce partes y comienza señalando la evolución que ha experimentado el concepto de «poliomiélitis», incluyéndose bajo dicha denominación, actualmente, casos que en 1914 no se consignaban, motivo por el cual, en parte, han sufrido notable incremento los datos estadísticos.

Pasa después a exponer la dimensión no sólo cuantitativa, sino cualitativa del problema, que, debido a la extensión que alcanza, es preciso considerarlo como problema mundial, con el inconveniente en contra de que, aunque parezca paradójica, a mejor sanidad se produce un incremento de la poliomiélitis. Cita la cifra «record» de 57.000 casos producidos en los Estados Unidos en el transcurso del año 1952.

Seguindo los estudios de Payne, llega a las conclusiones siguientes:

- 1.^a La poliomiélitis aumenta en todo el mundo.
- 2.^a Se produce la paradoja de que, a mejor sanidad, corresponde un aumento de la poliomiélitis.
- 3.^a Dichas mejoras sanitarias hacen, asimismo, que aumente la edad en que ataca la poliomiélitis.
- 4.^a Relación inversa entre la frecuencia de la «polio» y la mortalidad infantil.

Refiriéndose a España, se observa el fenómeno general tendente al aumento de los casos de «polio». En los años 1950 y 52 se registraron importantes brotes epidémicos que afectaron primeramente a Madrid, con 400 casos, seguido de la zona norte, surgiendo en el año 1952 otro brote en el sur de España. Los brotes se manifestaron difusamente en los pueblos situados en las vías de comunicación. La edad de mayor incidencia correspondió a niños menores de cinco años.

La poliomiélitis es endémica en nuestro país, produciéndose brotes epidémicos en plazos cada vez más frecuentes.

En las últimas epidemias, el funcionamiento de pulmones de acero fué muy útil. Con objeto de salvar las dificultades del suministro continuado de la energía eléctrica, explica el funcionamiento del pulmón de acero, en el que se ha introducido la novedad de poder ser accionado a mano, eléctricamente o por medio de un motor hidráulico. Este consiste en un pequeño motor hidráulico, de un peso aproximado de 6 kilogramos, regulándose el ritmo respiratorio por medio de la llave de paso.

Ante el fracaso de las medidas higiénicas contra la poliomiélitis, cabe solamente ensayar la vacunación.

Fué en septiembre de 1954, con motivo de la III Conferencia Internacional organizada en Roma por la Fundación Americana contra la Parálisis Infantil, cuando el Dr. Salk dió a conocer su vacuna antipolio, llegándose a las conclusiones siguientes:

1.ª La vacuna es inofensiva.

2.ª Es eficaz, ya que varios meses después de la inoculación la riqueza en anticuerpos circulantes era semejante a la de los enfermos convalecientes.

3.ª Deben continuarse los estudios experimentales.

La campaña de vacunación iniciada en los Estados Unidos no tuvo todo el éxito que se esperaba, por no estar la población al corriente de los problemas a resolver.

Entre las varias cuestiones que suscita este problema, la que el conferenciante enumera como tercera trata de si puede procederse a una vacunación en masa de la población, o es preciso tener en cuenta ciertas condiciones epidemiológicas. Para ello considera imprescindible conocer las estadísticas epidemiológicas, así como el grupo de edades a vacunar. Si en países de una higiene rudimentaria los ataques se producen en niños menores de cinco años, no es necesaria la vacunación para quienes excedan de dicha edad. Otro dato digno de tenerse en cuenta es el de la época de la vacunación, pareciendo ser más recomendable la de menor incidencia. El miedo a provocar parálisis por las propias inyecciones hace suspender las campañas de vacunación en épocas de epidemias.

Según informe emitido por el «Symponium» reunido en Bolonia del 20 al 22 de septiembre de 1956, se consideró posible llegar a la conclusión de que los métodos de fabricación y control permiten obtener una vacuna sin peligro y capaz de reducir la incidencia de las parálisis poliomiélicas, aunque la protección conferida no sea total. Por desconocerse la duración exacta de la inmunidad es indispensable, después de un año aproximado, la aplicación de otra inyección de refuerzo.

Respecto a España, por tratarse de un país de poca incidencia de polio, parece prudente esperar, para verificar vacunaciones en masa, a que haya una vacuna eficaz y de larga duración, no siendo aconsejable la vacunación obligatoria, sino dejando en libertad y bajo la responsabilidad de la familia y del médico, según se viene haciendo en Francia.

La poliomiéлитis presenta numerosos problemas sociales. En opinión del Profesor Debré, el primero consiste en la divulgación y educación pública, seguido del referente a la preparación del personal médico, así como la distribución de los Centros asistenciales dentro de cada país.

La ayuda económica se resuelve en varios países por medio del Seguro Médico o de la socialización de la medicina. Esta ayuda es necesaria para procurar a los enfermos una reeducación adecuada, sin olvidar los problemas psicológicos que presenta la reintegración del enfermo a la vida de relación.

Siguiendo el curso de la conferencia, el primer sentimiento de pesimismo que se experimenta ante la extensión cada vez más creciente de la poliomiéлитis y del fracaso de las medidas higiénicas para combatirla deja un portillo abierto a la esperanza con la campaña de vacunación, no considerando como definitivas las conquistas actuales, sino en vía de iniciación, y tratar de superar estos problemas, considerándolos de carácter mundial por medio de la cooperación internacional.

J. CELARAIN OTERMIN.

