BICENTENARIO PERÚ 2021
EsSalud
SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central



BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

INFORMACIONES SOCIALES



Año VIII Enero - Febrero - Marzo 1953 No. 1

Publicación Trimestral de la

Caja Nacional de Seguro Social del Perú

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

INFORMACIONES SOCIALES

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

1

Año VIII Enero - Febrero - Marzo 1953 Nº 1

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

S U M A R I O

No. 1

	Pág.
Esquema de Seguro Social para los empleados particulares	3
Aspectos generales de la Previsión Social en Latino América	27
El tratamiento de los reumatismos crónicos	35
Boletín Institucional	43
Información Nacional	54
Información Extranjera	62
Legislación Social Peruana	71
Prontuario de Jurisprudencia Social Peruana	77
Prontuario de Jurisprudencia Social Extranjera	80
Leyes, Decretos y Resoluciones	83

Año VIII Enero - Febrero - Marzo 1953 Nº 1

PUBLICACION TRIMESTRAL

Redacción y Administración

CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

Departamento de Investigaciones Sociales

Av. Nicolás de Piérola Nos. 300 - 312 - 324

Casilla Nº 1311

LIMA PERU

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ESQUEMA DE SEGURO SOCIAL PARA LOS EMPLEADOS PARTICULARES

Por el **Dr. GONZALO ARROBA**

Actuario Matemático en Misión de la Oficina Internacional del Trabajo, ante el Gobierno Peruano, bajo el Programa de Asistencia Técnica.

Nuestros lectores están informados, por noticias publicadas en esta Revista, de la gestión técnica cumplida en el Perú, por el Actuario doctor Gonzalo Arroba, y de los distintos aspectos que comprendió la misma.

En el Nº 1, Año VII de esta publicación, nos fué grato incluir el texto completo del "Informe Preliminar sobre el Seguro Social de Invalidez, Vejez y Muerte para los Empleados Particulares", que contenía en líneas generales las recomendaciones encaminadas a establecer un régimen de Seguro Social de medios económicos de subsistencia en favor de aquel sector laboral.

Aceptadas aquellas proposiciones preliminares, procedió el experto a elaborar un segundo informe, que bajo el título de "Esquema de Seguro Social para los Empleados Particulares", contenía los lineamientos de organización del sistema, el enunciado de un régimen de prestaciones, así como una exposición de motivos de las provisiones adoptadas.

Dicho trabajo, que damos ahora a publicidad, incorporó además, las modificaciones que con respecto al primero, sugirió el Dr. Edgardo Rebagliati, a cargo entonces de la Cartera de Salud Pública y Asistencia Social.

I.—RIESGOS CONSIDERADOS EN EL PRESENTE ESQUEMA

1.—El presente esquema se circunscribe al seguro de los medios económicos de subsistencia en favor de los empleados particulares, en los riesgos que usualmente se consideran involucrados en los denominados seguros de pensiones. Esta limitación no significa desconocimiento de la primordial importancia y de la preferencia que debe asignarse en un plan integral de seguros sociales a la protección contra la enfermedad, ya sea porque la salud constituye el primer objetivo de la previsión social, ya también porque sin la base de un adecuado y efectivo seguro de

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

enfermedad, no se podría en rigor lógico pretender plena eficacia en el cubrimiento de los demás riesgos.

El seguro de enfermedad de los empleados, y su complemento el seguro de maternidad, son en estos momentos objeto de atención de parte de los Poderes Públicos, según es de dominio general, y a no dudarlo sobre tan vital aspecto se producirán interesantes estudios en los aspectos administrativo, financiero y de relación con el cubrimiento de los demás riesgos. Dejando, pues, para otros estudios la consideración del seguro de enfermedad de los empleados particulares, la presente esquematización se limita a los siguientes riesgos:

I).—Invalidez, sea de origen ocupacional o natural;

II).—Muerte del jefe de familia, que sea asímismo por causa natural o con motivo u ocasión del trabajo; y

III).—Vejez.

La protección a la desocupación involuntaria se considera separadamente en un capítulo final del presente estudio.

II.—CAMPO DE APLICACION

A).—Personas cubiertas.

2.—Serán asegurados contra los riesgos que quedan enunciados, todos los empleados a quienes ampara la ley Nº 4916, es decir, los empleados al servicio de entidades bancarias, comerciales, industriales, agrícolas, mineras, culturales o de cualquier otra naturaleza, siempre que en virtud de ley o de disposición expresa, no tengan la calidad de empleados públicos o fiscalizados. (1)

3.—Se considerarán también empleados para los fines del seguro a las personas al servicio de las entidades nombradas, aún cuando no disfruten de sueldo fijo, sino de comisiones o de cualquier otra forma de remuneración variable (ejemplo: corredores de seguro, agentes de ventas, etc.), siempre que su labor pueda asimilarse a la de un empleado y toda vez que esa actividad constituya su principal fuente de recursos económicos.

4.—Serán, asímismo, asegurados los empleados al servicio de personas particulares, no incluídos en el servicio doméstico (ejemplo: secretarios, representantes y apoderados, etc.), siempre que esa actividad constituya su principal ocupación y su principal fuente de recursos económicos.

(1) La exclusión de los empleados públicos se hace únicamente por razones de limitación del presente estudio al problema que interesa considerar particularmente por el momento, pero sin que ello signifique que se favorezca un régimen de seguro social separado en favor de dichos empleados públicos y fiscalizados. Por el contrario, sería altamente recomendable incluirlos en un régimen general y universal de seguro social.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

5.—Por analogía, se considerarán incluídas en este seguro a las personas que sin sujeción a un patrono, ejerzan en forma independiente profesiones liberales u otras de categoría similar a éstas, prestando directamente sus servicios al público.

6.—Será altamente recomendable que la aplicación del seguro se lleve a efecto según un plan previamente establecido, de modo de ir incorporando a un número creciente de empleados, conforme las posibilidades administrativas lo permitan. La extensión escalonada y gradual del seguro podrá hacerse según el orden de enumeración de los acápites anteriores.

7.—Los empleados particulares que cesen en un empleo, conservarán, sin pago de cotizaciones, los derechos adquiridos en el seguro, durante una quinta parte del tiempo cubierto por cotizaciones. Transcurrido este lapso, podrán continuar como asegurados voluntarios si expresamente lo solicitan.

El asegurado que vuelva a un empleo afecto al seguro dentro del tiempo de conservación de los derechos, los recobrará de inmediato como si no hubiese habido interrupción en el aseguramiento. Para quienes reingresen con posterioridad a dichos períodos, se adoptarán disposiciones especiales en orden a la recuperación de los tiempos de servicios acreditados anteriormente.

Asímismo, se consignarán expresas previsiones para la transferencia de derechos de una institución de seguro social a otra cuando se produzca el cambio de un trabajo afecto al seguro obrero, por ejemplo, a otro que lo es al seguro del empleado o viceversa.

B).—Patronos obligados a asegurar a sus empleados.

8.—La obligación de asegurar recae en toda persona natural o jurídica que tenga a su servicio empleados comprendidos en la enumeración que consta en el capítulo anterior.

9.—Los gerentes, administradores o directores de compañías, sociedades, empresas o instituciones, y en general, las personas a cuyo cargo está la dirección o administración de la empresa, serán considerados representantes de los patronos y, como tales, responsables del cumplimiento de las obligaciones de éstos respecto al aseguramiento de los empleados.

10.—En caso de eludirse el aseguramiento o de disminuirse los derechos del empleado por culpa del patrono o de su representante, éstos serán económicamente responsables de las prestaciones a que aquél dejó de tener derecho por dicha culpa, sin perjuicio de las sanciones.

11.—Tratándose de profesionales que trabajen independientemente, el seguro se realizará por intermedio de asociaciones representativas de los mismos, las que cumplirán las funciones que incumben a los patronos respecto a la recolección de cotizaciones, certificación de iniciación de labores, etc.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

III.—REMUNERACIONES ASEGURABLES

12.—Para efectos del seguro, se considerará sueldo asegurable el total de las remuneraciones que correspondan al empleado con carácter de regularidad en la actividad o industria, como retribución de los servicios prestados.

13.—Para los casos en que, además del sueldo fijo, hubiesen con carácter normal remuneraciones accesorias de cuantía variable, y también cuando toda la remuneración se computase en forma variable, se señalarán normas para la determinación de la remuneración cotizable, teniendo como finalidad, tanto que el sueldo asegurable no acuse fluctuaciones en períodos suficientemente largos, como de otra parte que dicho sueldo represente las verdaderas ganancias del empleado en la forma más fiel que sea posible.

14.—Para cumplir la finalidad señalada en el numeral anterior, en relación al aseguramiento de los empleados que sólo perciben remuneraciones de índole variable, así como al de los profesionales, podrían establecerse escalas fijas de remuneración a base de un detenido estudio de los ingresos habituales en los referidos grupos. Dichas escalas serán revisables de común acuerdo entre las autoridades del seguro social y las juntas directivas de las organizaciones representativas de dichos empleados o grupos profesionales, de modo de acomodarlas a las variaciones no accidentales en los niveles de retribuciones y coste de vida.

15.—Se deberá adoptar un tope máximo de sueldo asegurable tanto para el pago de cotizaciones, cuanto para el cómputo de las prestaciones.

El tope máximo podrá ser revisado cuando se registraren marcadas variaciones de índole permanente en los niveles de las remuneraciones y del costo de vida.

IV.—PRESTACIONES GARANTIZADAS

A).—Riesgo de Invalidez.

16.—**Definición de la invalidez.**—Se considerará inválido al empleado que en cualquier circunstancia, sea con motivo u ocasión de su empleo, sea fuera de él, o por cualquier causa física o mental, se halle incapacitado para el ejercicio de la profesión para la cual se preparó o para su ocupación habitual, o para el desempeño de otras ocupaciones substancialmente remuneradas y compatibles con su formación teórica y práctica y con su categoría.

17.—**Grados de invalidez.**

a).—Se considerará **invalidez total** si la incapacidad, después de aplicarse adecuadas medidas de rehabilitación y readaptación profesionales, es absoluta según la anterior definición, para el ejercicio de la profesión u ocupación habituales y para toda otra actividad remunerada, compatible con aquéllas.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

b).—Se considerará **gran invalidez** cuando el incapacitado totalmente necesite la ayuda de tercera persona para los menesteres elementales de la vida.

c).—**Invalidez parcial**, si dentro de la citada definición, no se produce la pérdida total de la capacidad de trabajo, sino únicamente una disminución de la misma para el ejercicio de la profesión u ocupación habituales, o de otra actividad compatible con éstas, siempre que la disminución sea superior a un medio de la capacidad anterior de ganancia o de la que corresponde en el mercado local de trabajo a una persona de igual o similar entrenamiento y ejecutoria.

Se reputará también invalidez parcial la inhabilidad sobrevenida únicamente para el ejercicio de la profesión u ocupación propias, pero subsistiendo una capacidad relativa para el ejercicio de otra actividad compatible con la preparación del empleado y con su categoría.

18.—**Cuantía de la prestación.**—La pensión que corresponda a la invalidez total se calculará según los valores porcentuales que se indican en la tabla siguiente, aplicándolos sobre el sueldo medio de los últimos tres años anteriores a la incapacitación. Cuando la invalidez se presentase antes de cumplir los tres años de servicios, se considerará el sueldo medio del tiempo de servicios cotizado.

En esta tabla, la pensión de invalidez se calcula en un 50% del sueldo medio de los últimos tres años de cotizaciones al seguro, para quienes tengan acreditados hasta cinco años de servicios. Por cada año de servicio posterior a los primeros cinco, la pensión se incrementa en uno por ciento de dicho sueldo medio.

TABLA DE CUANTIAS DE LA PENSION DE INVALIDEZ

Años de Servicio	Cuantía	Años de Servicio	Cuantía
3-5	50%	15	60%
6	51%	16	61%
7	52%	17	62%
8	53%	18	63%
9	54%	19	64%
10	55%	20	65%
11	56%	21	66%
12	57%	22	67%
13	58%	23	68%
14	59%	24	69%
		25	70%

En el caso de gran invalidez, la pensión se aumentará en un 25% de la misma, pero sin que de ningún modo su cuantía pueda exceder el sueldo medio que sirvió de base para el cálculo.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Para la **invalidez parcial,** se restará de la cuantía que corresponda a la invalidez total, el porcentaje presumible de capacidad permanente.

19.—**Duración de la pensión de invalidez.**—Será provisional y revisable en cualquier tiempo, durante los dos primeros años o hasta que se termine cualquier período de entrenamiento y reeducación, o mientras los servicios de empleo puedan señalar al pensionado un trabajo adecuado que aún no esté disponible.

Transcurridos los dos años o los períodos de entrenamiento y reeducación, la pensión será revisable cada dos años.

El derecho a la pensión se extinguirá con la recuperación de la capacidad de trabajo o con el fallecimiento, si aquélla no tiene lugar.

20.—**Condiciones del derecho.**—El período de espera para la pensión de invalidez será de tres años con la condición de que en los últimos 24 meses anteriores a la incapacidad o a la enfermedad que la precedió, el asegurado haya acreditado no menos de doce cotizaciones mensuales.

Tratándose de incapacidad producida por accidente, se otorgará la pensión aún antes de haberse acreditado tres años de servicios, pero siempre que se compruebe que el accidente se produjo en forma fortuita y por causas ajenas a la voluntad del asegurado.

Si fuese causada la incapacidad por enfermedad profesional, se podrá también otorgar la pensión sin esperar que el asegurado haya acreditado tres años de cotizaciones, toda vez que hubiere estado en una labor propensa a la adquisición de la enfermedad profesional, sea en el servicio del último empleador, o en el de otros anteriores a éste, durante el tiempo mínimo que se repute suficiente para el desarrollo de la enfermedad.

Será causa determinante de suspensión del otorgamiento o del goce de la pensión de invalidez, la negativa a someterse a los exámenes y pruebas de capacidad que las autoridades competentes del seguro estimen necesarios o a los tratamientos de rehabilitación y readaptación.

21.—**Iniciación del goce de la pensión de invalidez.**—Esta se iniciará en todo caso a partir de la fecha en que se haya cesado de pagarse la prestación económica de enfermedad.

B).—Riesgo de vejez.

22.—**Condiciones del derecho a la pensión de vejez.**—Procederá el derecho a pensión vitalicia de vejez cuando el asegurado haya cumplido con los siguientes requisitos:

a).—Haber alcanzado por lo menos 60 años de edad para los asegurados hombres y 55 para las aseguradas mujeres;
b).—Haber acreditado no menos de 25 años de servicios; y
c).—Haberse retirado de actividad substancialmente remunerada.

23.—**Cuantía de la pensión vitalicia de vejez.**—El monto de la pensión de vejez, supuesto el cumplimiento de las condiciones señaladas en el numeral anterior, será el que se indica en los valores porcentuales de

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

la tabla siguiente, que se deberán aplicar sobre el sueldo medio de los últimos tres años anteriores a la fecha en que se cumplieron los requisitos para el derecho a la pensión:

TABLA DE CUANTIAS DE LA PENSION VITALICIA DE VEJEZ

Años de servicio	Cuantía porcentual
25	70%
26	71%
27	72%
28	73%
29	74%
30	75%
31	76%
32	77%
33	78%
34	79%
35	80%
y así, continuando en la misma relación.	

Las cuantías anteriores corresponderán al monto líquido de la pensión que deberá percibir el jubilado, sin que de ella se haga deduccion alguna para el financiamiento de las pensiones de viudedad y orfandad y debiendo también proponerse que se exima a las pensiones del seguro social de todo impuesto fiscal, departamental y municipal.

24.—**Incremento de la pensión por continuación en el servicio activo.**—Si una vez cumplidas las condiciones para el derecho a la pensión de vejez, el asegurado no se acoge a ésta y continúa trabajando, la pensión anual que le correspondería se incrementará en un 2% del monto total de las remuneraciones percibidas con posterioridad a la fecha en que procedió el derecho. Asímismo si un jubilado regresa a una actividad sustancialmente remunerada y por tal motivo se suspende el goce de la pensión jubilar, el valor anual de ésta, se incrementará también en un 2% del monto total de las remuneraciones ganadas durante el tiempo en que se suspendió la percepción de la pensión.

25.—**Régimen transitorio de prestaciones en el caso de vejez.**—Los servicios prestados al patrono que lo es en el momento de vigencia del seguro, se considerarán en igualdad de condiciones que los que se acrediten con posterioridad a dicha vigencia, siempre que por tales servicios anteriores, no se hubiese cobrado compensación de acuerdo con la ley 4916 y se obtuviese que una parte señalada actuarialmente de las compensaciones devengadas, se destinen al pago del reconocimiento de los

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

mencionados servicios anteriores al seguro para tener derecho a las pensiones de vejez, de viudedad y orfandad, según el presente esquema.

Para que las prestaciones del seguro, particularmente las rentas de vejez y montepío, que se relacionan directamente con el número de años de servicios acreditados, beneficien a la presente generación de empleados activos, en niveles de rentas aceptables y suficientes, será también necesario que se considere el reconocimiento de los servicios anteriores al seguro y prestados a otros empleadores que no fuesen el actual en el momento de vigencia del seguro (caso ya contemplado en el inciso anterior). La extensión de este reconocimiento, el incremento que a ellos corresponda en el cómputo de la pensión y la forma misma de acreditarlos, dependerá respectivamente de los recursos que puedan arbitrarse para financiar tal aplicación retrospectiva del seguro y de las posibilidades prácticas de que tales servicios se comprueben en forma fehaciente. Por vía de ejemplo, se indica una de las posibilidades que consistiría en tomar en cuenta dichos servicios íntegramente para el establecimiento del derecho a la pensión jubilar y a las rentas de montepío, pero asignándoles un porcentaje menor del que corresponde a los servicios acreditados con posterioridad a la vigencia del seguro o a los reconocidos con aplicación de una parte de las compensaciones devengadas según se enuncia en el inciso anterior. Este menor porcentaje de incremento de la pensión por tales servicios reconocidos podría ser del orden del 50% a 60%, dependiendo ello, como queda dicho, del coste de tal reconocimiento y de los recursos que para cubrirlo puedan arbitrarse.

26.—**Pensiones extraordinarias.**—En atención a la desfavorable condición que se presenta a los empleados de edad muy avanzada de la generación activa en el momento de vigencia del seguro, se recomienda que se tenga en cuenta la posibilidad de introducir, en forma transitoria y únicamente en beneficio de dicha primera generación, un sistema de pensiones extraordinarias, que favorecería a los empleados que tengan 70 ó más años de edad y que no alcancen a los 25 años de servicios, requeridos en el régimen normal. La posibilidad de costear tal sistema de pensiones extraordinarias y las cuantías que se puedan asignar a las mismas, se determinarán sobre la base de los estudios financiero-actuariales del seguro.

C.—Riesgo de Muerte.

27.—**Naturaleza de las prestaciones.**—En caso de muerte, cualesquiera que fuesen su causa y circunstancia, el asegurado activo y el pensionado de invalidez o de vejez, dejarán derecho a prestaciones de:

1).—Viudedad.
2).—Orfandad.

NOTA.—A la muerte del asegurado y del pensionado se origina también derecho a un **auxilio de funerales**, en forma de una prestación pagable a los deudos en una sola entrega. Según la práctica común, la carga económica de esta prestación correrá a cargo del seguro de enfermedad, en cuyo financiamiento se determinará su coste.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

28.—**Condiciones del derecho a las prestaciones del riesgo de muerte.**—Procederá el derecho a las prestaciones de viudedad y orfandad desde el momento en que el asegurado activo tenga acreditados en el seguro tres años de servicios, debiendo haber abonado por lo menos doce cotizaciones mensuales en los últimos 24 meses anteriores al fallecimiento o a la enfermedad que le precedió.

Para el derecho a la prestación de viudedad, será además requisito que el matrimonio haya sido contraído por lo menos con un año de anterioridad al fallecimiento del asegurado, según lo determina el Código Civil.

29.—**Pensión de viudedad.**—La viuda del asegurado o pensionado fallecido tendrá derecho a pensión de viudedad, la cual tendrá duración vitalicia:

a).—Cuando la viuda tenga por lo menos un hijo o hija por quien se pague pensión de onfandad;
b).—Cuando la viuda sea inválida al momento del fallecimiento de su marido o se invalide mientras esté en goce de la pensión temporaria de invalidez, de que se trata después;
c).—Cuando la viuda, al momento del fallecimiento del asegurado hubiera cumplido 50 años de edad o los cumpliese estando en goce de la pensión temporaria de viudedad.

En los demás casos no comprendidos en los incisos anteriores, la pensión de viudedad será temporaria de tres años de duración, siendo facultativo de la institución aseguradora prorrogar su goce por un año más cuando al final del anterior período la viuda no hubiese obtenido trabajo, aún habiendo efectuado un entrenamiento, si era necesario, y conforme a certificación extendida por los servicios de empleo.

30.—**Cuantía de la pensión de viudedad.**—Será igual al 40% de la pensión de invalidez o vejez de que gozaba el causante, o de aquélla a la que habría tenido derecho el asegurado al momento de su fallecimiento, en el supuesto de que se hubiese calificado para el derecho a esos beneficios.

31.—**Extinción del derecho a pensión de viudedad.**—El derecho a pensión de viudedad se extingue cuando la viuda pensionada contraiga nuevas nupcias.

32.—**Pensiones de orfandad.**—Cada uno de los hijos e hijas menores del asegurado o pensionado fallecido tendrá derecho a una pensión de orfandad hasta el cumplimiento de los 16 años de edad. La renta de orfandad podrá extenderse hasta los 18 años de edad del beneficiario, previa comprobación de que cursa estudios en establecimientos públicos o autorizados por el Estado y teniendo en consideración las condiciones económicas de los beneficiarios. El hijo inválido que hubiese vivido a cargo

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

del causante, o que se hubiera invalidado durante el goce de la pensión, tendrá derecho a que se prolongue la percepción de la renta mientras dure la incapacidad.

33.—**Cuantía de las pensiones de orfandad.**—La cuantía de las pensiones de orfandad para cada uno de los hijos con derecho, será igual a un 20% de la pensión de invalidez o vejez de que gozaba el causante, o de aquélla a la que habría tenido derecho el asegurado al momento de su fallecimiento, en el supuesto de que se hubiese calificado para el derecho a esos beneficios. Cuando los huérfanos lo sean de padre y madre, la pensión de cada uno será de un 30%.

34.—**Limitación máxima de las pensiones de orfandad.**—Cuando hubiere concurrencia de pensión de viudedad y de pensiones de orfandad por un mismo causante, la suma de estas últimas no podrá sobrepasar del 60% del valor de la pensión que se toma como base para el cálculo del montepío, debiendo procederse a la reducción proporcional de las diversas cuotas, si fuese necesario. En este último caso, habrá derecho de acrecimiento de las pensiones de orfandad restante, hasta el monto de la reducción, al extinguirse el derecho de una o varias de tales pensiones de orfandad.

Cuando no concurrieren pensiones de viudedad y de orfandad por un mismo causante, la limitación máxima para la suma de estas últimas será el monto de la pensión que se consideró como base para su cómputo.

V.—DISPOSICIONES COMUNES A LAS PRESTACIONES

35.—**Pensiones mínimas revisables.**—Deberá establecerse que las pensiones de invalidez, de vejez y de montepío no puedan ser menores de las cuantías expresadas en valores absolutos, que se fijen como límites inferiores para cada tipo de pensión. Tales cuantías mínimas se determinarán previo un detenido estudio del coste de vida y de los índices de su crecimiento, de modo que se garantice que no hayan pensiones por debajo del nivel que se repute como mínimum indispensable para la subsistencia.

Si se experimentasen fluctuaciones muy intensas del nivel de las remuneraciones entre diversas comarcas, las pensiones mínimas podrán señalarse por regiones. Cuando hubieren sido fijados salarios mínimos, podrán, asímismo, referirse a éstos.

Las pensiones mínimas serán revisables siempre que se compruebe que las cuantías fijadas son insuficientes para cubrir las mínimas necesidades de subsistencia.

Asímismo, deberá disponerse que al elevarse la cantidad señalada como mínimum para un tipo de pensión, se eleven hasta dicho límite las pensiones vigentes de ese tipo, así hubiesen sido concedidas con anterioridad.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

36.—**Pensiones máximas.**—No se señalará un límite máximo para las pensiones, estando éste dado indirectamente por el máximo sueldo asegurable.

37.—**Liberación de impuestos para las prestaciones del seguro social.**—Según queda mencionado anteriormente, deberá procurarse que las prestaciones del seguro se consideren liberadas de todo impuesto fiscal, departamental, municipal, etc., considerándose tal liberación como una contribución económica de los Poderes Públicos al seguro social.

VI.—DESOCUPACION INVOLUNTARIA

38.—Antes de ponerse en vigencia el seguro de desocupación, será imprescindible que se organice un adecuado servicio de empleo, que a su vez disponga de un servicio altamente organizado de colocaciones, en íntima relación con el cual deberá funcionar dicho seguro. Será igualmente condición indispensable el establecimiento de un sistema eficaz de control, de modo que se tenga la certeza de que los subsidios de desocupación se pagan únicamente a los asegurados que sufren de privación involuntaria de sus ganancias, a causa de imposibilidad verdadera y comprobada de encontrar un empleo conveniente, ya sea buscándolo por sí mismos o ya mediante los servicios de colocación.

39.—El otorgamiento del subsidio de desocupación procederá cuando el asegurado cesante reuna los requisitos siguientes:

i).—Haber estado ordinariamente empleado, lo que se comprobará si en los veinte y cuatro meses anteriores a la desocupación, hubiere acreditado no menos de 18 cotizaciones mensuales;

ii).—Que esté en capacidad de trabajar regularmente en alguna ocupación o profesión, lo que se demostrará por los certificados de estudios o de centros de preparación o entrenamiento y por los certificados de las empresas donde ha estado empleado anteriormente.

iii).—Que ha sido despedido contra su voluntad y sin mediar culpa de su parte, lo que se probará por la notificación de cesantía o por el comprobante de pago del despido intempestivo. En caso necesario se podrá recurrir a una información reservada del patrono, quien estará obligado a suministrarla.

40.—La cuantía del subsidio de desocupación se establecerá sobre el sueldo medio por el que se pagaron las seis últimas cotizaciones mensuales anteriores a la cesantía y será igual a un 35% de dicho sueldo medio para un asegurado cesante que no tuviere esposa ni hijos, debiendo aumentarse la cuantía en un 5% de dicho sueldo medio sea por la esposa o por cada uno de los hijos menores de 16 años, que vivan bajo su dependencia, hasta un máximun del 50% de dicho sueldo medio.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

41. —El subsidio de desocupación comenzará a otorgarse después de siete días de presentada la solicitud, la cual a su vez no podrá ser anterior al último día por el cual el asegurado recibió remuneración de parte del patrono.

Esta semana de carencia no será necesaria para la desocupación involuntaria que se presente sin haber transcurrido doce meses desde un período anterior por el cual se pagó subsidio de desocupación.

42.—El subsidio se concederá para un período de un mes, pudiendo prorrogarse hasta por dos meses más, siempre que el asegurado cesante vuelva a solicitarlo cada treinta días y previa comprobación de que, habiéndolo buscado, no ha encontrado un empleo conveniente por sí mismo ni mediante el servicio de colocaciones. La reglamentación señalará los casos en que se reputará un empleo como conveniente.

En ningún caso podrán pagarse subsidios de desocupación por un período mayor de tres meses a un mismo asegurado, dentro de un lapso de 12 meses.

El subsidio dejará de pagarse antes de expirar los anteriores períodos de otorgamiento si el asegurado hallase un empleo conveniente o le fuese ofrecido directamente o mediante el servicio de colocaciones.

El ingresar a un empleo sin dar oportuno aviso al seguro para la suspensión del pago del subsidio, se considerará acto doloso y fraudulento, que dará lugar a las sanciones que para tales casos disponga el Código Penal.

El pago del subsidio de desocupación no eximirá al patrono de las obligaciones económicas que le impone la ley 4916 en caso de despido intempestivo, a las que siempre tendrá derecho el empleado.

EXPLICACION DE LAS PREVISIONES ADOPTADAS EN EL ESQUEMA

I.—EXTENSION DE LOS RIESGOS CUBIERTOS

1.—Es difícil concebir en el momento presente y dado el grado de desarrollo y perfeccionamiento que ha alcanzado la seguridad social, que se pretenda instaurar un régimen de seguros sociales limitado solamente a una o algunas de las contingencias que afectan la capacidad de trabajo y de ganancia de los trabajadores, sean éstos empleados u obreros. Aún más, existe una estrecha e íntima correlación entre los diversos riesgos, hasta tal punto que sería más propio referirse a un riesgo único como el objetivo que debe cubrir el seguro social, riesgo que podría definirse en general como la disminución o pérdida involuntarias de la capacidad de trabajo. Sin embargo y sin perjuicio de una concepción

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

integral de la seguridad social, razones de orden y método imponen en muchos casos, la conveniencia de individualizar los riesgos y sus causas, para atender mejor a las características peculiares de cada tipo de necesidad social.

2.—Con notable acierto la institución peruana denominada Seguro Social del Empleado ha sido concebida inicialmente dentro de un criterio de integralidad en cuanto a los riesgos que cubre y de universalidad en lo concerniente al campo de aplicación, abarcando a la totalidad de empleados sin establecer distinción por razón de la naturaleza o características del empleador, o por consideraciones de profesionalidad, etc.

Sin embargo, por el hecho circunstancial de haberse presentado en este momento la necesidad de enfocar el problema en forma parcial, el presente estudio se limita a la consideración de un régimen de seguro de invalidez, vejez y muerte para los empleados particulares, estudio circunscrito que no supone, como se dice en las primeras frases del esquema, prescindencia o desconocimiento de la importancia básica del seguro de enfermedad, como espina dorsal de cualquier plan integral de seguro social.

II.—EL RIESGO OCUPACIONAL EN EL SEGURO SOCIAL DE LOS EMPLEADOS PARTICULARES

3.—Se incluyen en el esquema los riesgos de invalidez y muerte sobrevenidos por causa o con ocasión del trabajo. Las razones que abonan en favor de este procedimiento, son las siguientes:

4.—i.—La experiencia demuestra que la incidencia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales es de orden mínimo, entre los empleados de empresas que se sirven únicamente del trabajo intelectual o burocrático de aquéllos, como en los bancos por ejemplo; y por ello, no sería práctico ni tendría mucho sentido incluir a tales empleados en un régimen independiente de seguro contra los riesgos profesionales.

5.—ii.—Tratándose de empresas industriales que ocupan obreros y empleados, tampoco puede afirmarse que el riesgo profesional sea elevado entre estos últimos, aunque en cierta medida habrá influencia del ambiente de trabajo y de las condiciones de higiene y seguridad industrial, que alcanzará también a los empleados que ejercitan sus actividades en contacto con las tareas obreras. Pero también en este caso, no parece ser lo más indicado asegurar a los empleados en el esquema común de seguro obligatorio de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales por razones de simplificación administrativa, ya que cuando llegue a su pleno desarrollo el seguro social de los empleados que sea aplicado por una institución y el seguro obrero por otra, ya será suficiente complicación para el patrono el atender a dos seguros simultáneamente, uno para sus empleados y otro para sus obreros, sin que convenga agravarla exigiéndole que los empleados sean asegurados, además de su seguro general, en el especial de riesgos profesionales que será gestado por la misma institución aseguradora del seguro obrero.

6.—iii.—Es marcada la tendencia universal a borrar o al menos a

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

atenuar la diferencia en la protección que se acuerda al trabajador cuando el siniestro es producido por razón o con ocasión del trabajo o por causas naturales independientes de la situación laboral, tendencia que merece ser considerada especialmente cuando el diferente trato a los siniestros profesionales o naturales, implicaría además una mayor complicación administrativa, como sería el aseguramiento en dos instituciones diferentes, según queda expresado. En este caso, que es el de los empleados particulares, la solución más simple y lógica consistiría en prescindir en el esquema de seguro general de cualquier diferencia a causa del origen del riesgo.

7.—iv.—El proyecto de Ley de Seguro Social Obligatorio de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, preparado por el Sr. Dr. Edgardo Rebagliati, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, proyecto que se ha tenido presente para las consideraciones anteriores, excluye expresamente de su campo de aplicación (Art. 23, letra b), a "los empleados particulares y los empleados públicos amparados, respectivamente, por las leyes números 4916 y 8435 y sus ampliatorias". De no incluirse también los riesgos profesionales de los empleados particulares en el esquema general que nos ocupa, significaría dejar a este importante sector laboral fuera de la protección del seguro en tales casos y librados directamente a la responsabilidad de los patronos, a través de las compañías de seguro privado, lo que no se compaginaría con el sentido de amplia y universal protección a que tiende la seguridad social peruana.

III.—CAMPO DE APLICACION

8.—Según se expresa en nota incluída en el esquema, el campo de aplicación se circunscribe únicamente a los empleados particulares por ser éste el problema concreto que interesa en el presente momento; pero dejando constancia de las indudables ventajas que ofrecería la inclusión en un solo régimen de seguro, del mayor número de la población trabajadora.

Es particularmente acertada la extensión a los empleados públicos y fiscalizados de la legislación que establece el seguro social obligatorio del empleado y sería de desear que aquella concepción original pueda traducirse en la práctica en una ampliación del seguro del empleado a toda persona que dentro de la República trabaje en calidad de tal, o en una actividad asimilable, sin distinción por el hecho circunstancial de tener como patrono al Estado, o a entidades semiestatales, o a personas naturales o jurídicas de carácter privado.

Cabe notar en abono de la universalidad del seguro, que la inclusión de los empleados públicos en el esquema general de seguro del empleado, no significaría sacrificio de las particulares ventajas que el Estado como empleador, acuerda a sus servidores, ya que sin menoscabo de un régimen general de seguro social, podrían mantenerse los beneficios adicionales o suplementarios que el Estado o cualquier otro empleador crea conveniente otorgar a sus empleados.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

En general, los puntos planteados en el esquema adjunto, si bien éste se circunscribe a los empleados particulares, pueden tener validez para toda la población empleada, con las variaciones que exijan las características peculiares de los grupos no incluídos.

9.—En el esquema se hace especial mención a los empleados que no perciben sueldo fijo, o que teniendo una remuneración básica, conforman su retribución total con otros ingresos computados por obra cumplida o, en general, a destajo. Desde el punto de vista social es innegable que este grupo de empleados se hallan social y económicamente en la misma categoría que los empleados particulares, de los cuales difieren únicamente en la forma de cómputo o de percepción de la remuneración. Esta diferencia en un aspecto formal y no esencial, no debe constituir motivo suficiente para que tan importante grupo se vea privado de las prerrogativas que ofrece el seguro social.

Las dificultades que en la práctica se presentan sobre los cómputos de la remuneración cotizable y de los tiempos de servicios no son insalvables ni por sí solas suficientes para justificar ya sea la exclusión del seguro de quienes no perciben remuneraciones fijas, ya para no incluir en la remuneración cotizable la parte variable de las ganancias, que muchas veces constituye el ingreso más importante y de más volumen en el presupuesto del empleado.

10.—Dentro del desarrollo de la previsión social peruana, la primera atención se ha dedicado naturalmente a quienes disfrutan para su sostén y el de su familia, del producto de su trabajo, manual o intelectual, dado en alquiler a un patrono o empleador. Poca o ninguna atención se ha prestado a otro sector no menos importante de la población activa, integrado por aquellas personas quienes, sin tener la ventaja de contar con un contrato de trabajo celebrado con un empleador, ejercitan sus actividades en forma independiente, percibiendo remuneraciones directamente del público por los servicios prestados, caso en que están comprendidos médicos, abogados, ingenieros y demás miembros de profesiones liberales, en libre ejercicio.

Desde el punto de vista social y hecha salvedad de la ventaja de obtener en promedio remuneraciones mayores que las que alcanzan los empleados asalariados, los profesionales en ejercicio libre se hallan tan desamparados como cualquier empleado u obrero cuando les sobreviene la incapacidad para trabajar o cuando les llega la vejez y con ella el decrecimiento de las facultades físicas y mentales. Igualmente los deudos de un profesional están expuestos a tanta orfandad económica como los de cualquier obrero a la muerte del padre de familia. En los casos normales, la única protección con que cuenta la familia del profesional son los ahorros acumulados por éste cuando sus ingresos han dado margen para ello, caso que no es el de la generalidad y acaso ni de la mayoría de ellos.

Por otra parte, no sería adecuado incluir al grupo de profesionales en el seguro obrero y no sería tampoco práctico ni económico establecer para ellos solos un seguro independiente. La solución más apropiada parece, pues, ser la inclusión de los profesionales independientes en el mismo régimen de seguro que los empleados particulares, adoptándo-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

se naturalmente las disposiciones necesarias para cubrir las particularidades de trabajo, que quedan mencionadas.

En mérito de estas consideraciones y partiendo del principio de que el objetivo final de la seguridad social es otorgar adecuada protección a toda la población activa en los casos de pérdida o disminución involuntaria de la capacidad de trabajo, el esquema adjunto incluye a los miembros de profesiones liberales, que trabajen independientemente, dentro del esquema del seguro de los medios económicos de subsistencia formulado para beneficio de los empleados particulares.

11.—La mayor dificultad que halla el seguro en sus comienzos radica principalmente en los aspectos administrativos. El adecuado manejo de los procesos de inscripción de patronos y asegurados, la organización de la recaudación de cotizaciones y particularmente el acreditamiento de servicios a cada asegurado, exige un delicado y a la vez laborioso trabajo de organización que no puede improvisarse ni es posible hacer funcionar en forma exitosa en períodos muy cortos. Por esta razón, lo más aconsejado es planear la aplicación del seguro en forma de comenzar por los grupos menos numerosos y que menos dificultades ofrecen a la gestión administrativa, para luego ir extendiéndolo a nuevos y más numerosos grupos conforme lo aconseje la experiencia y práctica que vayan adquiriéndose. El criterio para determinar este escalonamiento puede ser por selección de zonas geográficas, conforme se ha procedido con mucho acierto en el seguro social obrero peruano. En el caso de los empleados particulares, el criterio podría ser el mismo si se estima que la administración de este seguro en los Departamentos y Provincias ofrecería especiales dificultades; y podría serlo también, acaso con mayor razón, la extensión sucesiva a los diversos grupos que se mencionan en el Capítulo II, párrafo A) del esquema. En este caso, los grupos, para los cuales se difiere el seguro, serían los que ofrecen especiales dificultades para la gestión administrativa, como son los empleados de remuneración variable y los profesionales.

IV.—REMUNERACIONES ASEGURABLES

12.—Dentro de las diversas modalidades de trabajo existentes, hay también una gran variedad de formas de establecer las remuneraciones que se acuerdan al empleado en retribución de sus servicios. El caso más simple y común es la obligación que asume el empleador de pagarle un sueldo mensual de cuantía prefijada. En algunas actividades, se suelen añadir al sueldo fijo, remuneraciones accesorias de cuantía variable, como son porcentajes sobre ventas o sobre colocaciones de contratos, etc. Hay casos en que también las remuneraciones accesorias están constituídas por cuantías fijas pagables en períodos más largos que el mes, como sucede con las gratificaciones o sobre sueldos usuales en las instituciones bancarias. Por último, existe el caso extremo de que toda la remuneración se calcule en función de la obra cumplida, o de la cantidad de mercadería vendida o de las pólizas colocadas, como es corriente para los corredores de seguros, por ejemplo.

Cualquiera que sea la forma de cómputo de la retribución asignada

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

al empleado por los servicios al empleador, debe propenderse a que se tome en cuenta, tanto para el pago de las cotizaciones del seguro, cuanto para el cálculo de las prestaciones, la suma total de ingresos que habitualmente percibe el empleado y que constituye el acerbo normal de recursos económicos con que conforma su presupuesto habitual.

Limitar el aseguramiento al sueldo fijo, podría significar en un gran número de casos excluir una parte substancial de los ingresos del empleado para el cómputo de las prestaciones económicas, además del peligro de dejar abierta la vía a algunos patronos inescrupulosos para que usen el subterfugio de asignar sueldos fijos muy bajos, aumentando en cambio, el monto de las remuneraciones accesorias, con el fin de eludir el pago de cotizaciones patronales sobre estas últimas.

En el aspecto práctico, la dificultad que confronta el patrono para el cálculo de las cotizaciones sobre remuneraciones variables es grande. No es menor tampoco la que se presenta a la institución de seguro para llevar el control y anotación de los sueldos sobre los que se ha cotizado y para el cálculo de beneficios sobre tales remuneraciones fluctuantes. Para evitar estos inconvenientes lo aconsejable es señalar, previo un prolijo estudio de los niveles habituales de dichas remuneraciones variables, una o varias escalas de sueldos, según las cuales se realice el aseguramiento de los trabajadores que tengan remuneraciones de tipo variable, caso en que estarían considerados también los profesionales de activi dad independiente. Las escalas de remuneraciones cotizables deberán ser siempre susceptibles de revisión para acomodarlas a los niveles de las remuneraciones reales.

En general, será recomendable que al dictarse las normas sobre la forma de computar los sueldos o remuneraciones asegurables, se tenga presente que, siendo el objetivo del seguro de medios económicos de subsistencia, subsanar el daño sufrido por el empleado al sobrevenirle la pérdida o disminución involuntaria de la capacidad de trabajo y de ganancia, deberá hacerlo cuidando de que las cuantías señaladas para las prestaciones, se refieren a la verdadera remuneración que se trata de substituir, lo cual no podrá lograrse sino cuando se realice el seguro sobre los sueldos verdaderos o de no ser esto posible por tratarse de retribuciones variables y fluctuantes, sobre sueldos convencionales señalados en escalas preestablecidas que representen lo más fielmente posible, los ingresos económicos habituales del asegurado.

V.—PRESTACIONES GARANTIZADAS

A.—Riesgo de invalidez.

13.—En el esquema se ha adoptado una definición de tipo profesional para la invalidez, en consideración a que se trata de un seguro de empleados, entre los cuales predomina la labor de índole profesional o especializada, para la que se requiere de preparación específica. La definición adoptada representa una concepción amplia y justa de la inhabilidad para el trabajo que no se circunscribe solamente a los aspectos físicos de la lesión, sino que supone también la consideración de los as-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

pectos económicos del daño sufrido y de las posibilidades que ofrezca el mercado de trabajo para utilizar el remanente de capacidad de los inválidos. Sin desconocer las dificultades que ofrece en la práctica una definición tan lata de la invalidez, se la recomienda sin embargo en atención a que expresa un sentido de mayor justicia social que la concepción puramente física de la incapacidad, que ha predominado en los seguros obreros, donde el trabajo especializado y la preparación vocacional constituyen casos de minoría.

Se ha optado también por una gradación elástica de la invalidez, de modo de resarcir el daño económico según una justa estimación del grado de inhabilidad, como expresión de la intensidad de la pérdida o disminución de la capacidad de ganancia.

14.—En lo concerniente a la cuantía de la prestación de invalidez, se ha partido de una pensión básica bastante elevada equivalente a un 50% del sueldo medio de los tres años inmediatamente anteriores a la incapacitación, a la que ya se tiene derecho con tres años de servicios y que va incrementándose en un uno por ciento del mismo sueldo medio, por cada nuevo año de servicio acreditado. Esta distribución permite que desde los primeros años de servicio y apenas vencido el corto período de carencia que se exige para los casos de invalidez común no producida por accidente, el beneficiario pueda contar con una pensión de cuantía suficiente. Es indudable que un plan como el propuesto aumentará el costo financiero del esquema del seguro en relación a la distribución menos liberal que es usual en otros seguros, pero se ha considerado que este mayor costo estará bien justificado si se logra aliviar la dolorosa situación de los trabajadores jóvenes que se invaliden y que sin pensión o con pensiones insuficientes, se convierten en pesada carga para sus allegados y la sociedad toda.

15.—De manera general, el criterio que ha primado al tratarse del cubrimiento del riesgo de invalidez, ha sido el de reconocerle fundamental y capital importancia, ya que es en el cubrimiento de este riesgo donde hallan su mejor sentido y expresión los objetivos del seguro social de los medios económicos de subsistencia, que son —lo repetimos— resarcir el daño económico ocasionado por la pérdida o disminución involuntaria y prematura de la capacidad de trabajo. Los demás riesgos en una u otra forma, pueden ser considerados como casos especiales de la invalidez, sea de carácter temporal como la enfermedad, sea sobrevenida en forma de decrecimiento paulatino de las facultades y de las fuerzas por acción de los años, como es la vejez, sea con carácter definitivo como es la muerte. De allí también que las cuantías de las prestaciones de todos los riesgos estén relacionadas en el esquema y acomodadas a la cuantía de la prestación del riesgo de invalidez.

B).—Riesgo de Vejez.

16.—Consecuentemente con lo expuesto en el párrafo en que se trató del "Reconocimiento de Servicios Anteriores", en el Informe Preliminar sobre el Seguro Social de Invalidez, Vejez y Muerte para Empleados Particulares, de 12 de Julio ppdo., se ha procurado arbitrar en

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

el adjunto esquema una solución justa y equitativa para las prestaciones a concederse en el riesgo de vejez, las cuales ofrecen particulares características en cuanto se relacionan en mayor grado que las de los otros riesgos a los servicios acreditados o reconocidos en el seguro.

Para el derecho a la pensión vitalicia de vejez se ha mantenido el mismo límite mínimo de edad de 60 años, que dispone el seguro social obrero peruano y el cual está por debajo del tope máximo recomendado en la Vigésima Sexta Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, que dice que "la edad mínima en que podría solicitarse la prestación de vejez debería fijarse en no más de 65 años para el hombre y de 60 para la mujer". Siguiendo la usanza universal fundada en razones de orden fisiológico y biológico, se hace en el esquema la concesión de señalar para las aseguradas mujeres la edad mínima de 55 años para el derecho a la pensión de vejez.

17.—En cuanto a los tiempos de servicios, no se ha creído oportuno llevar la exigencia a más de 25 años como el mínimum para el derecho a la pensión. Se impone también una tercera condición que consiste en la comprobación de que el asegurado que va a disfrutar de una pensión vitalicia de vejez, se haya retirado de toda actividad substancialmente remunerada, en cumplimiento del principio fundamental del seguro social de conceptuar las prestaciones económicas que otorga como resarcimiento del sueldo o remuneración que el asegurado deja de percibir.

18.—Al cumplimiento de las condiciones mínimas de 60 años de edad para los asegurados hombres o de 55 para las aseguradas mujeres, y de 25 años de servicios en ambos casos, y supuesto el retiro del servicio, el asegurado tiene derecho, según la escala de cuantías inserta en el esquema, a una pensión igual al 70% del sueldo medio percibido en los últimos tres años de servicios. Para quienes, cumplidas las otras dos condiciones de mínimum de edad y de retiro de una actividad profesional regular, acrediten un número mayor de años de servicios sobre el minimum de 25, la escala de cuantías considera incremento de la pensión de uno por ciento del mismo sueldo medio anual de los últimos tres años de servicios. Estas cuantías de la pensión de vejez se han estimado suficientes, teniendo en cuenta que, además de la pensión jubilar, se garantiza a los deudos del jubilado, sin pago adicional de cotizaciones, las rentas de viudedad y orfandad que considera el esquema para el riesgo de muerte, y teniendo presente también que las cuantías indicadas para las pensiones de vejez corresponden a la renta líquida, sobre la cual no procederá ningún descuento para el seguro y respecto a las que será preciso procurar la liberación total de todo impuesto fiscal, departamental y municipal, según es práctica generalizada en los seguros sociales de la mayor parte de los países.

19.—Un incremento especial de la pensión anual de vejez, se sugiere en beneficio de quienes, teniendo derecho a solicitar la pensión o estando ya en su goce, no se acogieren a ella o no la percibieren por continuar en o por regresar al servicio activo. Para este caso, y con miras a fomentar la utilización de los servicios calificados de los viejos servidores, procurando a la vez que éstos no se perjudiquen en sus dere-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

chos en el seguro, se dispone una mejora de la pensión anual en una proporción igual al 2% del monto total de sueldos que percibieren y sobre los que aportaren al seguro, mientras no hicieren uso del derecho a la pensión jubilar.

20.—**Régimen transitorio.**—Al delicado y fundamental problema del reconocimiento de los tiempos de servicios anteriores a la vigencia del seguro, se proponen en el esquema las soluciones que se enuncian en los párrafos que siguen:

Para los asegurados de la presente generación activa se prescriben las mismas condiciones que se asignan para el régimen definitivo, o sea:

1º—El cumplimiento de 60 y 55 años de edad, respectivamente, para asegurados hombres y mujeres;
2º—El acreditamiento de 25 años de servicios; y
3º—La comprobación de haberse retirado de toda actividad substancialmente remunerada.

La primera y la tercera condiciones no ofrecen mayor dificultad para los integrantes de la generación activa presente. Aquélla surge para el cumplimiento de la segunda condición, toda vez que a los empleados activos actuales, particularmente a aquéllos de edad avanzada, les será difícil acreditar 25 años de servicios, a no ser considerando también los prestados con anterioridad a la fecha de instauración del seguro.

Para este reconocimiento, se propone considerar separadamente:

a).—Los servicios prestados al patrono actual en el momento de vigencia del seguro, en el supuesto de que por dichos servicios no se hubiese cobrado la compensación que acuerda la Ley 4916; y
b).—Los servicios prestados a otros patronos distintos del actual, y por los cuales no procede ningún derecho a base de dicha ley.

Para el reconocimiento de los primeros, se recomienda considerarlos en pie de igualdad con los servicios que se acrediten con posterioridad a la vigencia del seguro, siempre en el supuesto de que para cubrir el costo de tal reconocimiento, se pueda destinar una parte, determinada actuarialmente, de la compensación por tiempos de servicios que corresponda por ellos.

Para el reconocimiento de otros servicios anteriores, se enuncia únicamente una de las posibilidades que habría para hacerlos intervenir tanto para el establecimiento del derecho a la prestación, cuanto para el cálculo de la pensión, la cual posibilidad consistiría en computar dichos tiempos de servicios en su integridad, solamente para completar los veinte y cinco de años de servicios requeridos para el derecho a la pensión, pero atribuyéndoles un menor valor para el cálculo de la cuantía de la pensión, disminución que podría considerarse hasta los márgenes del 50 al 60% sobre el incremento de la pensión que correspondería si se tra-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

tase de servicios posteriores a la vigencia del seguro. La extensión y forma del reconocimiento de estos otros servicios anteriores, dependerá naturalmente de los tres factores fundamentales siguientes:

a).—El aumento del coste del régimen de pensiones de vejez debido a tal reconocimiento;

b).—Las posibilidades de arbitrar recursos para cubrir tal coste, considerando que estos deberán proveerse en una proporción substancial mediante aportes extraordinarios, principalmente estatales y de los propios asegurados;

c).—Las posibilidades administrativas de comprobar dichos servicios en forma fehaciente y sin lugar a fraudes.

Como se expresó en el Informe Preliminar, el reconocimiento de servicios anteriores podrá limitarse a los prestados a partir de una determinada edad que podría señalarse entre los 35 y 40 años, debiendo este punto fijarse en base a los resultados que arrojen los estudios financiero-actuariales.

21.—**Pensión extraordinaria de vejez.**—Por último, se ha estimado socialmente indispensable contemplar en el seguro de vejez un régimen transitorio de pensiones extraordinarias, en beneficio de los empleados de la generación presente, de muy avanzada edad, que no pudieren acreditar sino un número reducido de años de servicios. De la inscripción general realizada para el seguro del empleado en el primer semestre de 1949, se constata que existen empleados de muy avanzada edad, según puede apreciarse en el siguiente cuadro:

Total de empleados inscritos menores de 60 años . . .	99,136
Total de empleados de edad igual o mayor de 60 años . .	4,382
Entre estos últimos se encuentran con edad igual o mayor de 70 años	777

Muchos de estos empleados no estarán seguramente, en capacidad de acreditar los 25 años de servicios requeridos para el derecho normal a la pensión vitalicia de vejez y para otros el hacerlo significaría continuar en el servicio hasta edades muy avanzadas. Es, pues, de equidad y justicia darles la posibilidad que se jubilen con un número menor de años de servicios, que podría señalarse en un mínimum de 10, para quienes cuenten con una edad cumplida de 70 años o más. La cuantía de la pensión corresponderá, de conformidad con el número de años de servicios acreditados, a la que consta en la tabla correspondiente a la prestación de invalidez.

C).—Riesgo de muerte.

22.—Para las prestaciones en caso de muerte, se ha tomado como un punto de partida, al igual que en todo el esquema, los dos principios fundamentales siguientes:

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

a).—De no conceder una prestación económica sino a quien tiene verdadera necesidad de ella y en la medida estricta de dicha necesidad; y

b).—Como queda repetidamente expresado, que el objetivo del seguro de medios económicos de subsistencia es resarcir el daño económico que resulta de la pérdida involuntaria de la capacidad de trabajo, daño que en el caso de la muerte del jefe de familia, guarda relación con el número de deudos que dependían de él económicamente. Por esta razón y en mérito de una mayor equidad social, en el esquema se propone una diferente repartición del montepío, que se aparta de la práctica usual de conceder un 50% del beneficio a la viuda y el otro 50% en forma global, a los hijos, cualesquiera que sea su número, con lo cual se procede en desmedro de las familias numerosas y en injustificado provecho de aquéllas con muy pocos hijos.

En el esquema se sugiere que la pensión de viudedad sea de un 40% de la base considerada para el cálculo y que del restante 60% se asigne una tercera parte a cada uno de los hijos con derecho, obteniéndose de esta manera, para una familia compuesta de una viuda y un huérfano, un montepío total de un 60% de la pensión de base; para una viuda y dos huérfanos, un 80% y para la viuda y tres hijos, un 100%. Para mayor número de hijos, se dispone una reducción en la cuota asignada a cada uno, de modo que el total de las pensiones de huérfanos no sobrepase del 60% de la base.

23.—En lo concerniente a la duración de la pensión de viudedad, se establece que será vitalicia en todos aquellos casos en los cuales se presume que la viuda, por cumplir sus deberes de madre, o por invalidez, o por avanzada edad, no podrá dedicarse a actividad remunerada. En cambio, para las viudas que no estén en las condiciones anteriores, en cuyo caso generalmente habrá de tratarse de personas jóvenes, sin obligaciones de madres y en goce de salud, se asigna una pensión temporaria de tres años de duración, período en el cual es de esperar que puedan acomodarse a una nueva forma de vida económica, en cumplimiento del deber primordial de todo individuo hábil de prestar su colaboración de trabajo activo para la colectividad.

24.—Para la duración de las pensiones de orfandad, se señala el límite de 16 años, edad que corresponde en general al término del entrenamiento profesional para muchas actividades, dejando sin embargo a la institución aseguradora la facultad de prolongar el goce de la pensión hasta los 18 años, en beneficio de quienes continúen sus estudios en establecimientos públicos o autorizados por el Estado.

25.—A través de estas disposiciones se ha procurado la realización más justa de una de las finalidades del seguro social en el riesgo de muerte cual es de contribuir a la preparación de las nuevas generaciones asumiendo los deberes económicos que correspondían a los padres de familia prematuramente fallecidos.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

VI.—DISPOSICIONES COMUNES A LAS PRESTACIONES

Pensiones mínimas revisables.

26.—Para que las prestaciones económicas del seguro social cumplan adecuadamente la función de resarcir el daño económico producido por el advenimiento del riesgo, será preciso que se garantice que el valor de dichas prestaciones no sea inferior a límites mínimos señalados en valores absolutos para cada tipo de pensión, en atención al costo básico de subsistencia.

Tales límites deberán ser revisados cuando, por las variaciones operadas en el coste de vida y en el valor adquisitivo de la moneda, se pruebe que los márgenes señalados anteriormente han resultado insuficientes para satisfacer las necesidades económicas vitales de los beneficiarios. Al operarse una elevación de los límites mínimos de un tipo de pensión, por ejemplo de las de invalidez, deberían ajustarse al nuevo margen no solamente las pensiones de esa clase que se otorguen en el futuro y las que estén en tramitación, sino también las concedidas anteriormente, cualquiera que fuere el tiempo que lleven de vigencia.

27.—Con las disposiciones que contiene el esquema al establecer que las prestaciones se calculen sobre la base de los últimos sueldos anteriores a la concesión de la prestación y con el sistema de pensiones mínimas, se ha procurado, si no solucionar íntegramente, al menos atenuar la gravedad del principal problema que confronta el seguro social de los medios económicos de subsistencia, cual es el aumento acelerado del coste de vida y la disminución correlativa del poder adquisitivo de la moneda, que convierte a las pensiones de cuantía suficiente otorgadas hoy en pobres asignaciones insuficientes para llenar mañana los más elementales requerimientos económicos del beneficiario.

Además, y con el mismo propósito, se estudia la posibilidad de adelantar un paso más, contemplando un sistema de reajustes generales de las pensiones, sistema que sería el ideal siempre que la carga económica sobre las clases activas y sobre la producción lo permita.

VII.—DESOCUPACION INVOLUNTARIA

28.—Consecuentemente con lo expresado en el Informe Preliminar de 12 de junio ppdo. respecto al seguro de desocupación, en el último capítulo del esquema se sugiere la introducción de este seguro en beneficio de los empleados particulares, a base de un programa de normas mínimas con carácter experimental, si se quiere, cuya principal característica es su estricta limitación a los casos que sin lugar a duda pueden reputarse como de suspensión involuntaria de ganancias por imposibilidad comprobada de encontrar un empleo que pueda ofrecerse razonablemente al asegurado, considerando su preparación y experiencia previas y sus aptitudes.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

29.—No está por demás insistir en que un seguro de desocupación, así sea instaurado bajo las normas señaladas en el esquema, presupone la adopción de una política de empleo para el grupo de personas protegidas por el seguro con el establecimiento de un eficaz servicio de colocaciones, lo mismo que un servicio de control, instituciones cuyo buen funcionamiento sería la única garantía de que las prestaciones económicas del seguro de desocupación, van a beneficiar solamente a quienes están en verdad en la difícil situación de quienes poseyendo aptitudes y buscando trabajo se ven en la imposibilidad de hallarlo, por no haber disponible colocación adecuada.

30.—Las condiciones de otorgamiento y el monto del subsidio han sido determinados también siguiendo el criterio expresado de limitar las recomendaciones para este seguro a un programa de normas mínimas.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Aspectos generales de la Previsión Social en Latino América

Por el **Dr. SERGIO CARVALLO HEDERRA**

Jefe de la Sección de Trabajo, Migración y Seguridad Social.—
División de Trabajo y Asuntos Sociales de la Organización
de los Estados Americanos.

En el propósito de cumplir con mayor amplitud y eficacia el rol editorial que corresponde a nuestra Revista, como tribuna de divulgación de la seguridad social, solicitamos oportunamente la colaboración de calificados publicistas y estudiosos extranjeros, cuyas firmas, avaladas por prestigio ejecutoriado, honrarían las páginas de "Informaciones Sociales".

Correspondiendo al pedido que le formuláramos, el Dr. Sergio Carvallo Hederra, ha tenido la gentileza de enviarnos el siguiente artículo.

En su condición de Jefe de la Sección Trabajo, Migración y Seguridad Social de la División de Trabajo y Asuntos Sociales de la Organización de los Estados Americanos, el Dr. Carvallo tiene títulos bastantes para ilustrar el estudio de temas como el que hoy le ocupa.

La previsión social en Latinoamérica adolece también del defecto general que se encuentra en la mayoría de las realizaciones sociales de Latinoamérica, o sea, falta de técnica.

Ante todo debe establecerse que debido a las bajas condiciones sociales, —sanitarias, de habitación, de trabajo—, la previsión social en su forma más amplia debe extenderse todo lo que sea posible, como uno de los medios de mejorar la salud y el bienestar del pueblo. Se ha observado ya en varios países que algunos índices importantes, como mortalidad infantil y general y edad media de la población han experimentado marcadas y favorables reacciones, lo que prueba la necesidad de que este sistema se aplique de manera creciente.

La miseria siempre produce para un país una merma considerable del potencial humano, con sus nefastas consecuencias sociales y económicas, la que se realiza a través de dos hechos fundamentales: a) pérdida de la salud, que se traduce en incapacidad para el trabajo y que puede alcanzar hasta la muerte; y b) pérdida de los medios económicos de subsistencia.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Los perjuicios causados por estos fenómenos pueden avaluarse en millones de pesos en cada país.

Frente a estos hechos y los problemas que de ellos derivan los Estados han debido organizar y establecer un conjunto de medidas que dan forma y origen a una política de Seguridad Social, la que en Latinoamérica cada día toma forma más concreta.

Sin embargo, a través de varios años de experiencia se han dejado ver algunos problemas que necesitan ser estudiados para solucionarlos.

Tal vez uno de los principales sea, como política general, la multiplicación administrativa que puede observarse. En muchos países, —por obra de variadas causas cuyo análisis queda fuera de los propósitos de este artículo—, han ido surgiendo gran cantidad de organismos de previsión social, —en algunos hasta más de cuarenta—, que incluyen bajo su órbita a grupos reducidos de cada actividad trabajadora.

Los efectos de esta situación han sido de gran trascendencia.

En primer lugar, significa que cada grupo de actividad trabajadora está sometido a regímenes diversos, creando de esta manera una separación entre ellos o aún elementos de rivalidad, en vez de promover un movimiento de unión y comprensión, basado en la defensa y promoción de intereses comunes. De esta manera ha podido aun darse el caso que ante un proyecto de ley que concede beneficios provisionales a un determinado grupo trabajador otro conglomerado se oponga porque ve en esta medida un atropello a su propio sistema o una ventaja concedida al primero con desmedro del propio.

En países donde jurídicamente se ha hecho una diferenciación muy marcada entre obrero y empleado, creando diversas instituciones de previsión social para cada grupo, se ha notado en los últimos tiempos, en el plano político, el florecimiento de movimientos gremialistas al lado del sindical, luchando en forma separada y en algunas ocasiones oponiéndose los unos a los otros.

Este fenómeno que puede observarse entre dos grupos grandes, surge de la misma manera entre grupos semejantes de trabajadores, que aunque tengan jurídicamente el mismo régimen laboral, están sujetos a distintos sistemas de previsión social. Este sistema de diversos organismos de previsión social para cada especialidad de trabajo fomenta de manera bastante directa esta división de la clase trabajadora.

En segundo término, se presentan una serie de dificultades administrativas, que miran a las situaciones creadas cuando una persona cambia de empleo. Si dicha persona está afecta a un determinado régimen, que establece, por ejemplo, un número fijo de años de servicio para obtener jubilaciones, y luego, al cambiar de ocupación debe quedar sometida a un nuevo sistema, pueden presentarse en la práctica ciertas situaciones contradictorias. Así, por ejemplo, puede que de acuerdo al nuevo sistema no se le computen todos los años efectivamente trabajados, que el nuevo plazo para acogerse a la jubilación sea mayor, que la forma de imposición sea distinta o que los beneficios médicos y de otro orden sean inferiores.

O sea, que el gigantesco esfuerzo que significa para una economía precaria, como es la de las naciones latinoamericanas, el mantenimiento

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

de gran cantidad de instituciones de este tipo, se esteriliza y se quiebra por los graves defectos de técnica de que ellas adolecen y cuya principal consecuencia es romper la continuidad de la previsión, de tal manera que el sujeto asegurado, al cambiar de actividad, deberá necesariamente mudar de régimen, perdiendo entonces los derechos adquiridos en la institución, por los que recibe, en cambio, una insuficiente suma variable por concepto de desahucio o devolución de imposiciones. Es así como el imponente que en tales condiciones es víctima de un riesgo o llega a la vejez, se encuentra impedido de gozar de la totalidad de los derechos que, en forma sucesiva, ha ganado y perdido y de obtener la justa protección que su entera vida de trabajo reclama.

Si bien las legislaciones y la jurisprudencia de los tribunales y oficinas técnicas han ido solucionando muchos de estos escollos, ellos aún subsisten.

Un tercer problema es el relativo a los costos de atención.

Con una dispersión muy grande en la administración, y con una baja cuota de asegurados por atender, lógicamente los costos de atención para cada organismo se elevan considerablemente y los beneficios que puedan concederse a los imponentes deben así reducirse en forma acentuada. Es éste, en realidad, un problema que en mayor o menor grado deben afrontar todos los países en que existen muchas instituciones de previsión social.

Ahora se ve la necesidad de conseguir una centralización en materia de previsión social, que lleve a superar estos problemas, y que sea lo más general posible, es decir que esta centralización no debe solamente considerarse desde el punto de vista de englobar en un solo grupo a todos los imponentes, sino que también bajo el punto de vista de la unificación, en un sistema integral, de las distintas ramas del seguro social incluyendo el seguro de riesgos profesionales.

Con posterioridad a la segunda guerra mundial esta idea ha tomado mayor fuerza, sobre todo debido a la influencia del Plan de Seguros Sociales que en Inglaterra realizó Sir William Beveridge.

Fuera de este interesante ensayo social, los países latinoamericanos al implantar o reformar su legislación de seguridad social han podido tener en cuenta varias otras experiencias, tales como las Recomendaciones de la Conferencia de Filadelfia, el año 1944, 26a. Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, y los sistemas de seguridad social implantados en Australia y Nueva Zelandia, lo mismo que el Proyecto Wagner-Murray, propuesto en los Estados Unidos y adoptado en Brasil.

En algunos países se habla de llegar a una centralización completa de los seguros sociales, en otros de realizar esto en forma parcial o paulatina, pero la tendencia general lleva esta dirección indicada.

Una de las ideas dominantes en la organización del Seguro Social últimamente es, como acaba de decirse más arriba, la centralización, caracterizada por la repartición de la responsabilidad para riesgos comunes sobre grupos sociales cada vez más extensos: sistemas de base profesional son reemplazados ventajosamente por regímenes que envuelven el conjunto de las ocupaciones o profesiones sin distinción, ampliándose

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

así las circunscripciones territoriales sobre las cuales obran los organismos tutelares.

Tal como están planteadas las cosas en Latinoamérica, es imposible en algunos países donde ya existen muchas instituciones de esta clase llegar de pronto a una centralización inmediata. Es preciso ir gradualmente, unificando de a poco, lo que se ha intentado realizar mediante la creación de un organismo superior que en mayor o menor grado supervigile a todas las instituciones de este tipo.

Este problema de la multiplicidad de instituciones de seguridad social es particularmente intenso en los países que primero promulgaron sus legislaciones de seguridad social en América Latina, como Chile, Brasil, Argentina, Cuba y Uruguay. Posteriormente, la tendencia hacia la unificación se ha ido haciendo presente entre los países que más tarde iban implantando la seguridad social, caso de Venezuela, Panamá, Costa Rica, El Salvador, Haití, Santo Domingo y México.

En situación intermedia se encuentran, entre otros, Perú, Ecuador y Colombia, países en los cuales la unificación no encontraría los grandes inconvenientes que en los primeros, debido a que cuentan sólo con unas pocas instituciones de seguridad social.

Existe en estudio, en Cuba, un interesante proyecto de ley para la creación de una institución central coordinadora de las actuales instituciones de seguridad social, llamada Instituto Cubano de Seguridad Social.

Mediante este organismo se espera ir unificando los procedimientos, orientar y coordinar las actividades de las instituciones públicas de seguridad social, fiscalizarlas, establecer las normas técnicas para la organización y reestructuración de los servicios de las mismas e ir por estos medios y de manera paulatina a una futura unificación de todos los servicios.

A este respecto en la Tercera Sesión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social, Caracas, Febrero de 1953, la delegación de Cuba presentó sobre esta materia un proyecto de resolución sobre unificación de las instituciones de Seguros Sociales en cada país, que fué aprobado por unanimidad.

Dicha resolución, en su parte pertinente dice: "Que el Consejo de la Organización de los Estados Americanos sugiera a los gobiernos de los países americanos en que aún no se haya producido la unificación estudien las medidas más eficaces para propiciarla en el más breve lapso".

Igualmente existe en Ecuador un importante proyecto de ley para unificar las instituciones de seguridad social que allí existen.

Por su parte, en Chile se acaba de dictar la Ley Nº 10383 de Agosto pasado, que modifica la antigua sobre el Seguro Obrero Obligatorio. Esta nueva disposición legal crea el Servicio Social Obligatorio, a base de refundición de diversas instituciones existentes, con un alto financiamiento que consecuencialmente aumenta de manera ostensible los beneficios de la masa asegurada.

En cuanto a los servicios de asistencia pública en relación con el seguro social existen también diversas opiniones.

El Seguro Social es un sistema contributivo con relación al asegu-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

rado, y la Asistencia Social, es, por el contrario, un sistema no contributivo de parte del beneficiario.

El primero ofrece substanciales ventajas sobre el segundo y la experiencia cotidiana ha hecho decisivas tales ventajas en la elección de un sistema por los distintos Estados, los que, casi en su totalidad, han escogido el del Seguro Social como el más eficaz, racional y económico de los regímenes encargados de restituir, resguardar, renovar y acrecentar las energías vitales de los pueblos.

Esta fué la posición adoptada por la Primera Conferencia Inter-Americana de Seguridad Social, (Santiago de Chile-1943) al recomendar, en una de sus Resoluciones, para aquellos países en que la Seguridad Social no se hubiera hecho extensiva a la totalidad de la población y coexistan, paralelamente, ambos sistemas, la coordinación o unificación de la Asistencia con los de Seguro Social, con el objeto de acrecentar su economía y eficacia.

Posteriormente, esta posición fué reafirmada ,en la XXVI Conferencia Internacional del Trabajo de Filadelfia, en la que se recomendó la organización de los medios económicos de subsistencia para "aliviar la necesidad e impedir la miseria", sobre la base del Seguro Social Obligatorio y la Asistencia Social subsidiaria.

(Puntos 1º, 2º y 3º de la Recomendación).

En este mismo orden de conceptos que se discuten, existe una Recomendación de la Conferencia de Filadelfia, referente a la seguridad de medios económicos de subsistencia que reconoce en su forma y contenido que al tratar del problema de la pérdida involuntaria de entradas, la primera consideración debería ser la necesidad de la persona respectiva y su familia, y no la causa específica de la pérdida, por ejemplo, enfermedad o cesantía, o aún las cotizaciones que se hayan pagado. Estas ideas son objeto también de atentas consideraciones y estudios por por parte de los técnicos latinoamericanos.

Un fenómeno que se observa también en las naciones latinoamericanas es la extensión del campo de aplicación del seguro social, a regiones más amplias y a nuevos grupos de trabajadores, incluyendo los trabajadores del campo.

Uno de los principales problemas que se encuentra al querer aplicar el seguro social a la población campesina es el bajo nivel económico de ésta, ya que una característica de este sistema es la aportación directa o indirecta de los trabajadores amparados. El trabajador campesino, por regla general, percibe un salario bastante inferior al urbano. Además en los países latinoamericanos es muy corriente la supervivencia de formas de pago en especies, que disminuyen enormemente el poder adquisitivo de estos trabajadores.

En la Tercera Sesión Extraordinaria ya aludida más arriba se adoptaron una serie de resoluciones que demuestran este interés de llevar los beneficios de la legislación social a las áreas rurales. Si bien no se acordó una resolución directa sobre el seguro social, se tomó una de carácter general, pero de gran importancia y amplia aplicación práctica que demuestra el interés del Consejo Interamericano Económico y Social por este aspecto de mejoramiento rural.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Por considerarlos de interés se trascriben los dos principales puntos que contiene:

"1.—Recomendar que en la elaboración de su Programa de Trabajo en el campo de trabajo y asuntos sociales, el Consejo Interamericano Económico y Social conceda una importancia especial a los proyectos que sean de mayor ayuda a los Estados Americanos para mejorar las condiciones de vida en las zonas rurales".

"2.—Recomendar que el Secretario General de la Organización de los Estados Americanos invite a representantes de Organismos Especializados Interamericanos a reunirse con el personal técnico de la Unión Panamericana encargado de asuntos económicos, sociales y culturales con el fin de: a) examinar la forma en la cual estas organizaciones, por una acción individual y conjunta, puedan contribuir de una manera más eficiente al trabajo que los Estados Miembros están llevando a cabo en el campo social, particularmente en cuanto a servicios que mejoren el nivel de vida y aumenten la producción en zonas rurales, y b) considerar la manera de coordinar estas medidas con los programas de los organismos bilaterales y multilaterales relativos al desarrollo rural".

Se observa, por otra parte, la tendencia a abandonar gradualmente la práctica de crear regímenes separados para cada riesgo, —de acuerdo a la centralización aplicada más arriba—, bajo la influencia de un concepto integral de la seguridad social que incluye todos los casos de incapacidad del trabajo, sin mirar a su causa, considerando sólo las necesidades que exige la substitución o suplementación de las ganancias. Igualmente, en este movimiento destinado a concentrar todas las ramas del seguro en manos de una sola institución, se puede observar una fuerte tendencia a incorporar también el seguro de accidentes en el régimen general del seguro social, aunque la forma en que opera esta tendencia difiere de un país a otro.

Un aspecto del seguro social que ofrece gran interés, y sobre el cual existe del mismo modo una preocupación evidente de los países es en lo que se refiere a los servicios de colocación, que deben ir complementando toda la política amplia de seguridad social. Hasta cierto punto ellos constituyen un lazo fundamental entre la seguridad social y la vida económica de la comunidad.

Beveridge, en su plan de seguridad social, da gran importancia al servicio de colocaciones, sobre todo que este plan era para ponerse en práctica al fin de la segunda guerra mundial, y en Inglaterra existía el grave problema de la conversión de una economía de guerra a una de paz.

Si bien América Latina no ha tomado parte activa en la guerra, el carácter de su economía y su dependencia directa e indirecta de los acontecimientos mundiales, la obligan también a enfrentar problemas de conversión de estructura de guerra a paz, con la tara de la desocupación. En las naciones latinoamericanas tal vez no se presente con las mismas carcterísticas la desocupación que con respecto a los países europeos. Aquí no existe plétora de población, como en el otro hemisferio, pero la forma de producción y la defectuosa distribución del trabajo

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

tienen como resultado que se produzcan períodos de desocupación, los que a veces dependen de acontecimientos mundiales.

Las faenas estacionales son causa muchas veces de agudas desocupaciones. A este respecto existe en Puerto Rico un caso interesante, la Ley de Seguridad de Empleo, de 1948, que se aplica a la industria azucarera (1).

Existen también otros países en los cuales los progresos de la industrialización y las exigencias de tiempo de guerra para el empleo total de la competencia de cada obrero de la nación, han influído para que se creen servicios de colocación. Tal sucede con Argentina, en donde por un decreto de Julio de 1943 se creó un Servicio Nacional de Colocación. Chile posee igualmente un Departamento Nacional de Colocación. Otros países como Brasil, Bolivia, Colombia, Cuba y México poseen una red de oficinas de colocaciones.

Estos servicios, en general, se han ido transformando de simples oficinas de desocupación en un servicio especial de información de empleos de todas clases, que dirige a los trabajadores especializados y técnicos hacia aquellos campos en que sus servicios pueden ser más útiles a la nación y que estudia todo lo relativo al volumen y estructuración del empleo y sobre el alcance y el carácter de la demanda por los trabajadores, de manera que estas oficinas puedan proporcionar todos los datos relativos no sólo al servicio de colocaciones, sino para la formulación de una planificación de la producción y del empleo.

Otro problema que a primera vista puede parecer de orden administrativo, pero que en el fondo es de gran trascendencia social es el relativo a la clase de inversiones que debe hacerse por las instituciones de seguridad social.

Especialmente, este asunto se ha planteado en aquellos países donde existen varias instituciones de previsión y éstas han alcanzado un alto grado de auge económico.

Por lo general, los dineros acumulados son invertidos por estos organismos, —que en su gran mayoría tienen la categoría jurídica de semifiscal o autónomos—, con criterio netamente comercial, en la adquisición de valores mobiliarios pero, con preferencia, de bienes raíces. A veces esta política ha acentuado el proceso inflacionista de algunos países, o se ha prestado a alzas artificiales del valor de la propiedad raíz, especialmente en las grandes ciudades, influyendo indirectamente en la inflación.

Desde este punto de vista y a fin de que las instituciones de seguro social puedan precaver sus capitales contra los efectos de la inestabilidad de la moneda, se presenta la posibilidad que efectúen sus inversiones en valores que se ajusten al nivel de los precios, como, construcciones para obreros. De esta manera, fuera de realizar una inversión

---

(1).—La industria azucarera es una industria estacional. Este país en la época conocida como zafra emplea cerca de 150,000 trabajadores, y en la otra, el invernazo o tiempo muerto, el empleo se reduce en más de la mitad. Esta ley establece el pago de beneficios o compensaciones por desempleo para los trabajadores de la industria azucarera, por un término de nueve semanas comprendidas en el tiempo muerto.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

segura desde el punto de vista monetario, se impulsaría al mismo tiempo la solución del agudo problema de la escasez de habitaciones que aqueja a nuestros países.

Resumiendo, se puede decir que la tendencia actual de la seguridad social es la centralización y la ampliación de servicios.

Esto significa unificación en cuanto a la administración de los seguros, incluyendo todos en un mismo sistema en relación a la cobertura de los riesgos y a su financiamiento.

En cuanto al seguro mismo se nota que éste cada día tiende más en nuestros países a ser total, esto es cubrir con régimen proteccionista a todo trabajador; unitario, en cuanto debe comprender todos los riesgos que afectan al trabajador, y familia, o sea, considerando que la familia debe constituir la célula original de la Seguridad Social (1).

(1).—En la mayoría de nuestros países se entiende por familia a todas las personas cuyo sustento dependa del individuo asegurado.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

EL TRATAMIENTO DE LOS REUMATISMOS CRONICOS

Por el **Dr. LUIS D. ESPEJO**

Miembro de la Junta Médica Central de la C. N. S. S.

Las enfermedades reumáticas crónicas que no tienen por origen factores infecciosos o tóxicos específicos deben ser consideradas como afecciones degenerativas; como tales, su etiología es incierta o enigmática. La doctrina pasteureana, consolidada por las experiencias de KOCH, que dió nacimiento a la terapéutica inmunológica —vacunación y sero-terapia— consideró a las enfermedades reumáticas como de naturaleza bacteriana, excluyendo, sin embargo, a las artropatías incluídas en ciertas neuropatías. Con tal criterio etiológico, se afirmó que la artritis reumatoide —la más grave de las artropatías crónicas— obedecía a infecciones más o menos atenuadas, que, por el mecanismo de la alergia, tornábanse pertinaces y rebeldes a los procedimientos terapéuticos. Con frecuencia, se responsabilizaba a diversos tipos de estrepctococos —objeto de particular estudio de parte de ROSENAUW— y algunos autores, como SMALL, llegaron afirmar la existencia de un microorganismo específico, el **estreptococus arthritides**, que experimentalmente era capaz de determinar lesiones articulares y periarticulares similares, por lo menos, a las observadas en los enfermos de artritis reumatoide o artritis atrófica. Este criterio simplista fué rebatido en el mismo campo experimental, pues la mayoría de los investigadores no lograron reproducir la enfermedad, y, menos aún, ajustar dichas experiencias a los clásicos postulados de KOCH, que continúan siendo el mejor criterio para demostrar la naturaleza infecciosa de una enfermedad. Como consecuencia lógica, del pretendido carácter infeccioso de la artritis reumatoide, nació el concepto de "infección focal", como causa primaria y fundamental de dicha modalidad reumática. Se estableció tal concepto, con aparente validez, teniendo en cuenta la existencia de infecciones focales en la artritis reumatoide, su relativa frecuencia, y la presencia de la "sin-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

tomatología infecciosa" en la mencionada enfermedad. La nueva era reumatológica, inaugurada por las extraordinarias experiencias clínicas y farmacológicas de HENCH y KENDALL, sobre las cuales hemos hecho extensas consideraciones en trabajos anteriores, han abierto vías fecundas en el conocimiento de la etiopatogenia y el tratamiento del reumatismo, y, por consiguiente, desvirtuado el concepto exclusivo y dominante de la infección focal.

MARAÑON, en la nueva edición de su tratado sobre "Reumatismo", dice: "lo más interesante es que el ocaso de la interpretación focal coincide con una evidente aurora de las interpretaciones humorales, que, en los últimos años, han adquirido solidez enorme por el hallazgo de la acción antireumática de una fracción de los esteroides de la corteza suprarrenal y del lóbulo anterior de la hipófisis, la cortisona y el ACTH". Y, agrega, el eminente autor: "Según las ideas actuales, desarrolladas principalmente por SELYE, la deficiencia de los esteroides suprarrenales que ocasionaría la artritis reumatoide, o que, con más exactitud, dejaría al organismo indefenso ante las agresiones directamente reumatógenas, sería lo que dicho autor llama una "Enfermedad de adaptación", es decir, la bancarrota de un sistema defensivo del organismo, no específico sino genérico, frente a las infecciones, a las intoxicaciones, a las emociones, al cansancio, a la "mala vida", al "esfuerzo vital" prolongado y llevado a límites superiores a la capacidad reactiva del organismo, a veces sin que la conciencia del individuo se dé cuenta de ello; lo que, en suma, se expresa con la palabra inglesa, quizá intraducible, **stress**". Tales conceptos, que la Escuela Médica Francesa contemporánea ha modificado y desarrollado, con LERICHE, REILLY, ROUSSY y MOSSINGER, y, últimamente, con LABORIT, en recientes investigaciones experimentales y clínicas sobre "La Reacción Orgánica a la Agresión y el "Choc", demuestran, fehacientemente, la importancia y trascendencia de la nueva doctrina humoral, que tiende no sólo a explicar la cuestión reumática y la afección colágena, sino a extenderse al campo de la fisiopatología, siguiendo las fecundas orientaciones de CLAUDIO BERNARD y de CANNON, sobre "el medio interno" y la "homeostasis".

Al lado de la interpretación humoral del reumatismo, hay que colocar la noción básica de la constitución tisular mesenquimatosa, estrechamente vinculada a la herencia. Hay acuerdo en asignar a la fragilidad del tejido mesenquimal el carácter orgánico, substrato anatómico, común a todos los tipos reumáticos, sobre el cual influirían las hormonas esteroides, las que, a su vez, actuarían modificando favorablemente la estructura bioquímica del tejido mesodérmico.

Las ideas expresadas sobre etiopatogenia del reumatismo crónico, constituyen preámbulo obligado del tratamiento de esta afección. Con razón, dice el eminente reumatólogo francés JACQUES FORESTIER: "Toda terapéutica, qualesquiera que ella sea, salvo la terapéutica sintomática, es función de las ideas patogénicas que se tenga de las enfermedades que se deben tratar, y si la terapéutica de los reumatismos críni-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

cos ha sufrido en las últimas décadas modificaciones bastante importantes, es precisamente porque durante este período las ideas reinantes, en lo que concierne a las enfermedades articulares crónicas, se han modificado bajo la influencia de investigaciones que han tenido lugar en distintos países". Estas frases de FORESTIER, que encabezan la introducción de su notable libro intitulado "Tratamiento de los Reumatismos Crónicos", encuentran hoy amplia justificación, después del descubrimiento de las llamadas "hormonas antireumáticas".

Una buena terapéutica exige un buen diagnóstico; y, este último debe estar orientado por una clasificación formal, que permita distinguir, con las menores dificultades, los tipos reumáticos. De acuerdo con este criterio, se acepta, generalmente, dos categorías reumáticas: la artritis crónica o artritis atrófica y la artrosis o artritis hipertrófica u osteo-artritis.

La artritis crónica, comunmente llamada artritis reumatoide, se caracteriza, sumariamente, por manifestaciones fluxionarias a predominio sinovial, la de calcificación ósea, y la tendencia a la anquilosis; clínicamente, por un cuadro "infeccioso", más o menos acentuado; y el aumento de la eritrosedimentación. En la artrosis, las lesiones son de naturaleza ósteo-cartilaginosa: lesión inicial del cartílago, con degeneración hialina, y proliferación subcondral consecutiva a las erosiones cartilaginosas. No hay cuadro clínico pseudoinfeccioso, ni aumento de la velocidad de la sedimentación globular. Añadamos, por último, la fibrositis crónica, que, aunque puede presentarse como una entidad nosoclínica independiente, acompaña, a manera de un epifenómeno, a las dos principales categorías reumáticas crónicas.

La fibrositis, consiste, como dice LANGDON WYATT, en una hiperplasia del tejido fibroso blanco de sostén del organismo; esencialmente, está constituído por "un conjunto de fibroblastos y leucocitos en un exudado seroso o sero-fibrinoso". Tejido, predominantemente, inflamatorio y exudativo, que evoluciona, en sus faces avanzadas, hacia la formación de la fibrosis. Es muy útil recordar la existencia de esta fibrositis y señalar su importancia, porque es un proceso histológico que, como hemos dicho, acompaña frecuentemente a los diversos tipos reumáticos crónicos, principalmente a la artrosis y a las formas mixtas; constituye factor decisivo en el síndrome doloroso y en los trastornos de la función articular. Actuar, pues, sobre la fibrositis significa, en muchos casos, aliviar y modificar la condición reumática.

Desde el punto de vista terapéutico, hay que distinguir, claramente, el tratamiento de la artritis del de la artrosis. La única medicación común a ambos tipos reumáticos es la sintomática, que tiene sus indicaciones en el síndrome doloroso y en la fibrositis, junto con la fisioterapia.

Queremos dejar señalado que el tratamiento de los reumatismos

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

infecciosos crónicos, propiamente dichos, no está incluso en este trabajo, porque las artritis infecciosas rara vez evolucionan a la cronicidad; desde el advenimiento de la sulfamidoterapia y la antibioterapia ha quedado, en gran parte, resuelta la curación de estos reumatismos infecciosos, piógenos o metastásicos, que hicieron la desesperación de los enfermos y el desprestigio de los médicos.

El problema principal del reumatismo crónico es la artritis reumatoide o artritis atrófica; es la enfermedad archireumática, para emplear la expresión cara a MARAÑON. Considerada como una enfermedad de naturaleza infecciosa, algunos han llegado hasta considerarla como una virosis. Así, ANIBAL RUIZ MORENO, ha dicho: "Es posible que un virus filtrable sea el que origina la artritis reumatoidea". Con tal criterio, no es de extrañar que la búsqueda terapéutica se haya dirigido hacia el hallazgo de los elementos de lucha contra los pretendidos agentes infecciosos. La atención se dirigió principalmente hacia la erradicación de las infecciones focales. El hecho innegable de encontrarse frecuentemente focos infecciosos en la artritis reumatoidea justificó esta actitud un tanto agresiva. Hoy, después de los estudios sobre las hormonas esteroides, se considera la infección focal como un elemento, de mayor o menor importancia, en la constelación etiológica de la artritis atrófica o reumatoide. Nos parece aceptable, a este respecto, la opinión de PEMBERTON, quien considera la infección focal como un "factor precipitante". Tal es, también, el pensar de MARAÑON, quien dice: "Hoy se piensa como consecuencia de todo esto (se refiere a la doctrina humoral del reumatismo), que **el foco es un factor colateral**, no sólo en la artritis reumatoide, sino en todas, incluso en la gotosa o involutiva; pero que no es la causa única de ninguna de las formas de reumatismo; aunque en algunos casos, y estos casos son casi todos de artritis reumatoidea, la acción patógena del foco puede ser tan intensa que su eliminación, cuando se tiene la suerte de realizarla, puede producir una mejoría que, prácticamente, equivalga a la curación". Es evidente que el factor infeccioso, para producir su acción nociva, requiere un condicionamiento constitucional, y, acaso, hereditario, sumado a deficiencias hormonales, que, a su vez, alteran el equilibrio bioquímico del líquido sinovial articular.

Tratándose de los focos sépticos, conviene dejar establecido que sólo deben ser extirpados, oportunamente, aquellos focos cerrados y de difícil eliminación, pues los focos abiertos y de fácil drenaje rara vez producen manifestaciones reumáticas. Por otra parte, la extirpación de dichos focos debe realizarse en períodos de mejoría de la dolencia, pues de hacerlo en plena fase de agudización del proceso reumático expondría a la generalización o exacerbación de la enfermedad. Desgraciadamente, hemos tenido la oportunidad de constatar tales contingencias.

Antes de la era de la quimioterapia y de la hormonoterapia, el tratamiento de la artritis reumatoidea se redujo al empleo de la vacunación y de la proteinoterapia. Es muy probable que los buenos resultados ob-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

tenidos, con estos medios terapéuticos, se debiera a la acción paraespecífica, que estimulaba el mecanismo antixénico de órganos y tejidos.

Los reumatólogos franceses, recomendaban en el tratamiento de las llamadas otrora poliartritis crónicas evolutivas, diversos tipos de vacuna, como las de Ponndorf, mezcla de tuberculina y de autolizados de estreptococos, estafilococos, neumococos y bacilos de Pfeiffer, que estuvieron en boga en una época en que se conjeturaba la naturaleza tuberculosa de estos tipos de reumatismos crónicos. El empleo de proteinas no microbianas, como, por ejemplo, las inyecciones de leche (aolán, &), contaban al lado de fracasos algunos éxitos. Todas las formas de flogoterapia, tan celebrada en dicha época, principalmente por la escuela alemana, fueron empleadas con diversos resultados. Esta terapéutica irritativa, "método tan vasto como polimorfo y misterioso en su acción", es la representante de la más antigua terapéutica, que en manos de ZIMMER y de PAUL ha dado, a veces, sorprendentes resultados.

El gran acontecimiento en la historia de la quimioterapia del reumatismo crónico fué la introducción de las sales de oro. Un hecho de incuestionable importancia y trascendencia fué, sin duda, el empleo de la sanocrysina —el thiosulfato de oro y sodio— por MOLLGARD, en 1924, en el tratamiento de la tuberculosis. Como acontece, a menudo, en la historia de la medicina, un descubrimiento lleva, como implícito, otros descubrimientos. JACQUES FORESTIER, el eminente reumatólogo francés, refiere en su notable libro "Le Traitement des Rhumatismes chroniques", publicado en 1934, cómo surgió en su espíritu la idea del empleo de las sales de oro en el reumatismo crónico. En efecto, dice FORESTIER: "La idea de tratar por las sales de oro las poliartritis crónicas evolutivas nos vino en 1928, no por la presunción del origen tuberculoso de estas enfermedades, sino por simple razonamiento de analogía". Y, continúa: "Si pensamos que la crisoterapia bien conducida es capaz de detener, en ciertos casos, la evolución de una enfermedad infecciosa crónica, de la cual conocemos el gérmen, como por ejemplo, la tuberculosis, bajo sus diversos aspectos clínicos, por qué este mismo medicamento utilizado en una enfermedad crónica, cuyo origen es seguramente infeccioso, en la mayor parte de los casos, aunque su mecanismo patogénico nos escapa todavía, no daría resultados comparables, y, aún, verdaderas curaciones". "Tal fué el punto de partida de nuestras primeras tentativas terapéuticas".

A partir de la fecha de las primeras aplicaciones de las sales de oro, FORESTIER trazó las reglas del tratamiento crisoterápico. Estas son, sintéticamente expresadas, las siguientes: precocidad del tratamiento; si es posible, este debe iniciarse antes del segundo año de la evolución del proceso reumático. El tratamiento debe ser prolongado: "es esencial practicar la crisoterapia durante un período bastante prolongado, y no detenerlo después de la primera serie, bajo pretexto que los resultados obtenidos han sido muy importantes". El tratamiento debe ser

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

controlado, clínica y hematológicamente, durante la larga duración del tratamiento áurico, y después de la curación aparente. Estas recomendaciones son fundamentales en la dirección de la crisoterapia.

Respecto a la administración de las sales de oro y su posología, FORESTIER recomienda "inyectar, al principio, dósis mínimas, durante las dos o tres primeras inyecciones, a fin de tantear la susceptibilidad del sujeto". De esta manera se evitarán incidentes debidos, frecuentemente, a la idiosincracia o a la intoxicación. La sal recomendada, al principio, por FORESTIER fué la allochrysine (o aurothiopropanal, sulfonato de sodio), que recomendaba a la dosis de cinco centígramos, cada cinco días, para las dos o tres primeras inyecciones, seguidas de dosis de diez centígramos, administradas semanalmente, hasta alcanzar la cifra de 1.50 grs. por serie. Después, un intervalo de seis semanas a dos meses, para repetir, por lo menos, una segunda serie. Posteriormente, el citado autor, recomendó el uso del Solganal B (llamado hoy Oronol, que se emplea en soluciones de 2% y 20%), que es el aureothioglucosa, por su mejor tolerancia, a la dosis de 100 ó 200 mgs. semanalmente, hasta un total de 2 a 3 gramos por serie. En cuanto a los resultados obtenidos en los casos de artritis reumatoide puede decirse que han superado muchísimo a los empleados anteriormente, es decir a la vacunoterapia y a la proteinoterapia. Pero, es necesario señalar claramente que los beneficios de la cura aúrica requieren para mantenerse, vigilancia constante en el tratamiento; practicar varias series, controladas por exámenes de laboratorio. FORESTIER nos advierte que en casos en que la evolución clínica es favorable, al punto de darnos la impresión franca de la curación, si las reacciones sanguíneas son anormales la evolución ulterior justifica el valor de las constataciones hematológicas. Inversamente, en casos en que persisten manifestaciones clínicas del mal con buenos exámenes hematológicos, la persistencia de la evolución clínica favorable y la ausencia de recidivas han demostrado el valor de los datos sanguíneos. Entre estos datos, hay acuerdo entre los reumatólogos en dar la primaria a la critrosedimentación; la diminución o la normalización de la velocidad globular constituye el mejor criterio para apreciar la mejoría o la curación de la enfermedad reumática.

La crisoterapia ha experimentado, en los últimos años, modificaciones muy importantes, en razón de la experiencia y las investigaciones hematológicas. En primer lugar, se ha llegado a la conclusión que las sales de oro menos tóxicas y, por consiguiente, de más dilatado empleo, son la myochrysina y el solganal oleoso (Oronol oleoso); el oronol parece contar con la preferencia, pues permite usar mayores dósis con los menores inconvenientes.

En vista de que las dósis de 200 ó más miligramos ocasionaron graves trastornos, HARTFALL y GARLAND, en 1936, iniciaron la reducción en el empleo de las sales de oro. La dósis máxima utilizada por dichos autores, fué de 100 mgs., semanalmente, con una dosis total de 1000 mgs. por serie. Además, el intervalo entre las series se prolongó

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

a tres meses. Desde aquellos años, la dosis estandarizada fué de 100 mgs.

Teniendo en consideración que aún con las dosis recomendadas por HARTFALL y GARLAND se presentaban incidentes, más o menos graves, en el curso de la medicación aúrica, y, además, la certificación del hecho importantísimo de la debil y lenta eliminación de las sales de oro, resultado de los estudios de FREYBERG, eliminación que, en algunos casos, se prolonga más de un año después del tratamiento, se comenzó a recomendar el empleo de dosis menores, y aguzar la observación clínica. En efecto, CECIL nos da a conocer, en un interesante trabajo sobre "El problema del dosaje en la administración de las sales de oro en la Artritis reumatoide", el método empleado, actualmente, en el New York Hospital, en la "Clínica de Arthritis". Se emplea la vía intramuscular, por ser la que menos expone a accidentes tóxicos o de intolerancia. Se comienza con 10 mgs. de myochrysine o solganol B (Oronol B); la segunda dósis, una semana después, es de 25 mgs.; si hay discreta intolerancia, se repite la dósis de 10 mgs. La tercera inyección es de 50 mgs., que se repite, semanalmente, hasta que se ha conseguido la mejoría de los síntomas y la normalización de la velocidad de sedimentacion globular. En casos excepcionales, la dósis máxima se reduce a 25 mgs. semanalmente. Debe, sin embargo, preferirse la dósis de 50 mgs. Sólo en raros casos, en que han fracasado las inyecciones de 50 mgs., debe ensayarse series de 100 mgs., tomando todas las precauciones para evitar reacciones desagradables. La cantidad total por cada serie no debe ser mayor de 1,500 gms. El intervalo recomendado, entre las series, fluctúa entre seis semanas y tres meses. Ultimamente, BAYLES, del Departamento de Medicina de la Harvard Medical School, ha recomendado la misma posología que CECIL, pero aconseja, en casos de tolerancia al oro, prolongar indefinidamente el tratamiento con dosis de 50 mgs., cada dos o tres semanas. Con una vigilancia frecuente, que consiste en el examen semanal de la piel y la boca —donde se manifiestan los primeros síntomas de intolerancia o de toxicidad— el examen completo de sangre y de orina, y la observación de las más discretas manifestaciones alérgicas, es posible conducir el tratamiento aúrico de la artritis reumatoide con cierta seguridad. No se podría repetir hoy lo que decía COSTE, en 1933: "...si el Solganal permite realizar curas aúricas masivas, y curar, a veces, rápidamente ciertas poliartritis, no deja de efectuarlas al precio de graves riesgos; pues, ni el lugar que le corresponde en el tratamiento de los reumatismos, ni su posología pueden, todavía, ser fijadas".

Es muy importante insistir sobre las reacciones que pueden presentar los enfermos en el curso de la crisoterapia. Sumariamente, podemos decir que es indispensable el examen previo de los pacientes, principalmente de sus funciones hepáticas, renales y sanguíneas, así como a los síntomas alérgicos. La presencia de tales alteraciones funcionales contraindican, categóricamente, el tratamiento por las sales de oro.

Es indispensable vigilar a los enfermos desde el punto de vista de las manifestaciones que pudieran presentarse en el curso de la medica-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ción aúrica. Los síntomas más frecuentes son las diversas formas de dermatitis, desde el simple "rash" hasta la dermatitis escamosa y exfoliativa; la colitis ulcerativa, la hepatitis y la hepato-nefritis; la púrpura simple y la púrpura trombocitopénica; la granulocitosis.

De todos modos, hacemos nuestras las palabras de MARTINEZ DIAZ: "Constituye la introducción de las sales de oro en la terapéutica del reumatismo y, en especial, de la atritis reumatoide, un avance importante; ha resistido a la acción demoledora del tiempo, lo que certifica su valor".

En cuanto al mecanismo de acción de las sales de oro, lo probable es que actúen estimulando el sistema retículo-endotelial. Las investigaciones de SCHLOSSBERGER, FELDT y HEISE han constatado su acción sobre el mesénquima, sobre las células retículo-endoteliales. Desde este punto de vista, DU BOIS considera el oro como una sustancia que activa las defensas orgánicas: los macrófagos intervendrían en el proceso de fijar el metal, y este actuaría a la manera de un fermento, de un catalizador, como piensa BREDIG. A la luz de los conocimientos actuales sobre el mecanismo patogénico del reumatismo, es lógico suponer que las sales de oro intervengan inhibiendo la acción de la hialuronidasa, fermento que juega papel principalísimo en la estructura bioquímica del ácido hialurónico del líquido sinovial, desempeñando función farmacológica comparable a la del salicilato de sodio y sus metabolitos.

(Continuará)

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Boletín Institucional

NOMBRAMIENTO DEL DR. EDGARDO REBAGLIATI

Por Resolución Suprema de 23 de Marzo último, emitida con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros, el Dr. Edgardo Rebagliati, hasta entonces Director Gerente de la Caja, ha sido nominado Embajador del Perú en la República de México.

El futuro alejamiento del Dr. Rebagliati priva a la Institución, de los eminentes servicios de quien fué su creador, organizador y director, en cuya triple tarea, puso siempre el brillo de su inteligencia, el acervo de su elevada versación técnico-profesional y sus renovadas muestras de superación.

La actuación pública del Dr. Rebagliati, ha transformado en menos de cuatro lustros el panorama de nuestro derecho social, creando en favor de los trabajadores, empleados u obreros, un régimen de asistencia que conjura el acaecimiento de los riesgos biológicos, y protege las consecuencias económicas derivadas de la pérdida involuntaria de la capacidad de ganancia.

Autor de las leyes del Seguro Obrero y del Seguro del Empleado, organiza, proyecta y dirige sus institutos, que encierran potencialmente, el germen de futuras y más amplias ejecuciones en la esfera de la seguridad social.

La protección del riesgo profesional, dentro del concepto indeclinable de su incorporación a la esfera del seguro social, mereció igualmente del Dr. Rebagliati, la elaboración de un importantísimo proyecto de ley.

Como Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, corrobora sus triunfos y confirma sus empeños, creando el Fondo de Salud y Bienestar Social, cuyos objetivos abarcan con notoria extensión, los dominios de la salud pública, asistencia, vivienda, etc.

Nuevos escenarios se abren hoy a la acción del Dr. Rebagliatti, en los que reafirmará sus relievantes dotes personales, que serán en el futuro, como ya lo fueron en el pasado, halago y honra del Perú.

Revista Médica del Hospital Obrero

Bajo el título del epígrafe, ha sido publicado por el Cuerpo Médico del Hospital Obrero de Lima, el primer volumen de esta Revista que con frecuencia trimestral y por el período de Marzo a Junio de 1952 corresponde a los números 1 y 2 de la misma.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Dirigida por los doctores Oswaldo Hercelles, Carlos A. Seguín y Esteban D. Rocca y, con un selecto Cuerpo de Redacción, esta publicación científica y técnica, está llamada a constituir una fuente de información útil para los estudiosos de la ciencia médica y sus especialidades, señalando a la vez una nueva vía de superación de nuestro plantel profesional.

Estadística de canje de libretas y nuevas inscripciones de asegurados

El Departamento de Afiliados de la Caja, ha formulado un cuadro estadístico, que se acompaña como anexo de esta sección, y en el que se establece una comparación entre el número de libretas de asegurados obligatorios canjeadas al 28 de Febrero de 1952 y el de las canjeadas a igual fecha del año 1953. Del mismo, se desprende que al 25 de Febrero de 1952 fueron canjeadas 195,231 libretas y a Febrero de 1953, 221,479; esto es, un mayor canje, en este año, de 26,248 libretas de contización. Igualmente, se ha confeccionado un cuadro de las nuevas inscripciones de asegurados obligatorios, por zonas, en los tres primeros meses del año en curso, y del que se desprende que al 31 de Marzo de 1953, han sido inscritos 15,895 nuevos asegurados.

Presupuesto de la Superintendencia General de Hospitales

Las siguientes partidas, corresponden al Presupuesto de la Superintendencia General de Hospitales, aprobado por el Consejo Directivo en su sesión de 4 de Febrero último y cuya vigencia alcanzará al 31 de Diciembre de 1953:

Personal	S/.	25'861,602.84
Materiales	„	19'518,900.00
Servicios	„	3'411,876.00
Subsidios	„	21'255,360.00
Imprevistos	„	36,600.00
As. Social	„	1'434,840.00
Biblioteca	„	19,200.00
Escuela de Enfermeras	„	20,000.00
	S/.	71'558,378.84

Incorporación del nuevo Director de Trabajo

El Consejo Directivo de la Institución, en su sesión celebrada el 4 de Febrero último, procedió a la incorporación, en su calidad de miembro nato, del nuevo Director de Trabajo, Comandante Manuel Pérez Godoy, quien fuera nombrado para el ejercicio de ese cargo por Resolución Suprema de 29 de Enero de 1953.

El Comandante Pérez Godoy recibió las congratulaciones de los miembros del Consejo.

Ampliación del Reglamento de Inversión del Fondo de Empleados

A pedido del Comité Ejecutivo de Inversión del Fondo de Empleados, se ha acordado ampliar en la siguiente forma, el Reglamento en vigencia:

I.—Artículo 2º. Inciso f.—"El empleado que pretende un prés-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

mo para adquirir una casa-habitación que se encuentre arrendada, debe acreditar mediante la exhibición de la documentación pertinente, que su situación legal le permite iniciar con éxito, el juicio respectivo, de aviso de despedida".

II.—"Si el monto del préstamo no alcanza a cubrir el precio de la casa-habitación, se permitirá al empleado constituír una segunda hipoteca, a favor de un tercero, por el saldo que resulte necesario para cubrir el importe total de la compra-venta".

La documentación a la que se refiere el inciso f) del Artículo 2º aprobado por el Consejo, la constituyen los recibos de pago de merced conductiva por la casa-habitación que ocupa en el momento de formular su petición, recibos que deben abarcar el período de un año.

Esta exhibición tiene como única finalidad precisar si el peticionario se encuentra incurso en las prescripciones legales que norman la acción de desahucio y que precisan que el solicitante debe acreditar que vive en casa alquilada por un período mínimo de un año.

Cuanto a la facultad que se concede al empleado prestatario de poder constituír segunda hipoteca, sobre el bien que pretende adquirir, ello constituye una innovación beneficiosa para el mismo, pues en diferentes oportunidades, por no alcanzar el monto de los préstamos que se podían conceder a los empleados por la Caja al precio de la casa-habitación, se han tenido que dejar perder oportunidades que hoy, con la modificación acordada, se pueden aprovechar.

Cumplió el Dr. Guillermo Almenara 40 años de servicios a la Nación

El Dr. Guillermo Almenara Irigoyen, distinguido profesional médico y actual Superintendente General de Hospitales de la Caja, cumplió el 3 de Febrero último 40 años de fecundos e importantes servicios al Estado.

Con tal motivo en ceremonia realizada en esa fecha, en el local de la Cancillería, el Sr. Ministro de Relaciones Exteriores, Dr. Ricardo Rivera Schreiber, impuso al Dr. Almenara la insignia de Gran Oficial de la Orden "Al Mérito por Servicios Distinguidos", que le ha conferido el Supremo Gobierno por su brillante trayectoria en la administración pública, en la que le cupo desempeñar la Cartera de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social entre Abril del año 1938 a Diciembre de 1939, en cuyo lapso, llevó a la práctica la creación del Instituto del Cáncer hoy Instituto de Enfermedades Neoplásicas.

Con fecha 26 de Diciembre de 1939, el Dr. Almenara fué nombrado Superintendente del Hospital Obrero de Lima y posteriormente Superintendente General de Hospitales de la Institución, cargo en cuyo desempeño, ha impreso profunda huella por su laboriosidad, capacidad organizativa y alto sentido del deber que constituyen normas de todos sus actos.

Un numeroso grupo de profesionales y amigos del Dr. Almenara, le ofreció en la fecha aludida, un banquete en el Hotel Bolívar, testimoniándole de esta forma su homenaje de admiración y simpatía.

Ceremonia de Graduación de Nuevas Enfermeras

En el Auditorium del Hospital Obrero de Lima se realizó el 27 de Marzo en curso, la ceremonia de graduación de la nueva promoción de enfermeras que lleva el nombre de "Germán Stiglich" en homenaje a un distinguido miembro del Cuerpo Médico de ese Nosocomio.

Presidió el acto el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Luis N. Sáenz, a quien acompañaban en el estrado de honor, el Gerente de la Caja Sr. Ernesto Zapata, el Superintendente de Hospitales Dr. Guillermo Almenara, profesionales y funcionarios de esta Institución.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Se inició la ceremonia con el discurso pronunciado por el Dr. Almenara, quien manifestó, entre otras cosas, que las alumnas se graduaban después de tres años de estudios bien cumplidos, pues habían obtenido todas ellas un promedio de 82.5% de calificación.

Se dió término al acto con la presentación de las nuevas enfermeras, a quienes el Sr. Ministro hizo entrega de sus diplomas respectivos.

Préstamos acordados por la Comisión Ejecutiva del Fondo de Empleados

En cumplimiento de la Resolución aprobada en el mes de Junio último por el Consejo a iniciativa del Gerente de la Caja Sr. Zapata, se han continuado acordando préstamos a los funcionarios de la Institución, para la adquisición de su vivienda propia.

En esa virtud, entre el 17 de Diciembre y 20 de Febrero del año en curso se han asignado sumas que alcanzan a un monto de S/. 705,800 que agregadas a los S/. 2'189,461.08 acordados al 17 de Diciembre hacen un total de 2'895,261.08.

PRESTAMOS ACORDADOS POR EL COMITE EJECUTIVO DEL FONDO DE EMPLEADOS

Fecha de la sesión	Nombre del funcionario	Monto del préstamo
20-2-53	Dr. Edgardo Rebagliati	S/o. 170,000.00
20-2-53	Dr. Leopoldo Molinari	103,000.00
20-2-53	Sr. Juan A. Corrales Díaz	150,000.00
20-2-53	Sr. Julio César de Almeida	165,000.00
20-2-53	Sr. Carlos Calmet	80,000.00
20-2-53	Sr. Luis Alberto Ríos Valle	37,800.00

BICENTENARIO PERÚ 2021
EsSalud
SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central



El doctor Luis N. Sáenz, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social y Presidente del Consejo Directivo de la Institución, acompañado por dirigentes de la Caja, durante la ceremonia de graduación de la nueva promoción de enfermeras "Germán Stiglich"

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

DEPARTAMENTO DE AFILIADOS

NUEVAS INSCRIPCIONES — ASEGURADOS OBLIGATORIOS AL 31-III-1953

Zona	Enero	Febrero	Marzo	Total al 31 III-53
Lima	2.606	2.131	2.509	7.246
Piura	325	172	169	666
Chiclayo	277	213	509	999
Chocope	287	98	223	608
Trujillo	201	247	193	641
Chancay	384	322	500	1.206
Yauli			1.447	1.447
Cañete	171	138	78	387
Callao	269	109	193	571
Chincha	96	130	94	320
Ica			627	627
Pisco	53	57	99	209
Arequipa . . .	367	137	464	968
TOTAL	5.036	3.754	7.105	15.895

Cuadro comparativo del número de libretas de asegurados, canjeadas hasta el 28 de Febrero, de los años 1952 y 1953

Zona	Canje al 28 de Feb. de 1952	Canje al 28 de Feb. de 1953
Lima	98.537	102.009
Cañete	8.317	9.742
Chincha	6.340	7.778
Pisco	3.743	5.150
Ica	8.113	10.247
Arequipa	7.001	9.148
Callao	8.500	11.278
Chancay	13.518	17.215
Trujillo	6.125	7.296
Chocope	9.520	11.102
Chiclayo	21.751	23.285
Piura	3.766	7.229
TOTAL	195.231	221.479

Diferencia por mayor canje 26.248 libretas.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

Sudsidios Pagados en los Hospitales de Provincias Durante el Cuarto Trimestre de 1952 — (Octubre a Diciembre)

Hospital o Policlínico	Enfermedad	T. B. C. Bron-Pulm.	Maternidad		Lactancia	Total
			Pre-Natal	Post-Natal		
Callao . . .	206,789.00	107,551.80	10,178.10	10,733.40	39,333.19	374,585.49
Ica	95,231.40	31,342.95	11,946.00	16,328.10	45,013.18	199,861.63
Pisco . . .	39,911.05	28,219.30	5,046.00	8,338.50	21,991.25	103,506.10
Huacho . .	134,091.10	52,173.15	17,562.60	25,533.90	52,238.50	281,599.25
Chiclayo . .	161,406.60	43,476.10	1,007.10	1,571.70	6,315.35	213,776.85
Chocope . .	77,897.95	48,280.20	76.50	252.60	571.12	127,078.37
Arequipa . .	64,097.65	29,799.30	9,084.30	16,747.50	37,590.82	157,319.57
Chincha . .	39,592.95	23,099.85	9,978.50	12,921.90	37,851.84	123,445.04
Cañete . . .	27,530.55	15,676.95	13,762.20	24,012.30	59,092.60	140,074.60
Trujillo . .	29,017.65	23,577.90	766.80	1,511.10	2,449.50	57,322.95
Piura . . .	40,659.60	7,663.50	172.80	172.80	—.—	48,668.70
	916,225.50	410,861.00	79,580.90	118,123.80	302,447.35	1'827,238.55

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ESTADISTICA HOSPITALARIA

1952

HOSPITAL OBRERO DE LIMA

SERVICIO DE EMERGENCIA

		TOTALES "H"	TOTALES "M"
Atención Primeros Auxilios			
A)	Médicos	27,064	10,076
B)	Cirugía Menor y Curaciones	2,165	617
C)	Cirugía Mayor	138	18
Consultorios Externos			
A)	Medicina General	1,822	227
B)	Gastro-Enterología	196	4
C)	Dermatología	82	1
D)	Bronco-Pulmonares	395	21
E)	Psiquiatría	71	1
F)	Neurología	47	2
G)	Cirugía General	355	11
H)	Cirugía Ortopédica	285	11
I)	Oto-Rino-Laringología	204	11
J)	Oftalmología	44	3
K)	Urología	28	3
L)	Venereología	31	—
M)	Ginecología	—	165
N)	Dental	190	10
		33,117	11,181

Movimiento de Pacientes

A)	Alojados en Emergencia y luego transferidos al hospital	1,271	2,387
B)	Transferidos inmediatamente a otros servicios	402	124
C)	Enviados a su domicilio	31,444	8,670
		33,117	11,181

No asegurados atendidos		4,697
Accidentes de Trabajo		898
Enyesados		353
Fallecidos		62
Salidas de ambulancia:	Ciudad	10,216
	Campo	1,900
		12,116

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

CONSULTAS ATENDIDAS EN LOS CONSULTORIOS EXTERNOS

Consultorios	Totales "H"	Totales "M"
Medicina General	104,740	21,032
Gastro-Enterología	13,473	2,586
Dermatología	33,574	5,724
Bronco-Pulmonares	42,284	5,308
Psiquiatría	6,458	1,658
Neurología	4,058	670
Cirugía General	32,194	4,417
Cirugía Ortopédica	11,217	1,071
Cirugía Toráxica	363	42
Cirugía Plástica	1,306	242
Neuro-Cirugía	1,601	345
Oto-Rino-Laringología	17,177	4,289
Otfalmología	18,075	2,683
Urología	10,755	532
Venereología	27,564	322
Ginecología	...	12,796
Obstetricia	...	13,383
Dental	31,414	11,012
Pediatría	13,118	10,727
Mecanoterapia	16,394	1,693
Terapia-Ocupacional	1,521	...
	387,286	100,532

HOSPITALIZACION

Servicios	Totales "H"	Totales "M"	%
Medicina General	2,682	550	28.2
Gastro-Enterología	372	50	3.7
Dermatología	118	12	1.1
Bronco-Pulmonares	83	17	0.9
Psiquiatría	94	45	1.2
Neurología	128	27	1.4
Cirugía General	1,294	293	13.9
Cirugía Ortopédica	608	82	6.0
Cirugía Toráxica	103	31	1.2
Cirugía Plástica	136	26	1.4
Neuro-Cirugía	291	34	2.8
Oto-Rino-Laringología	423	104	4.6
Oftalmología	186	26	1.9
Urología	342	15	3.1
Venereología	94	3	0.8
Ginecología	—	332	2.9
Obstetricia	—	2,761	24.1
Dental	71	19	0.8
	7,025	4,427	100.0

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ALTAS DE HOSPITALIZADOS, ESTANCIAS PRODUCIDAS

Servicios	TOTALES				
	Altas		Estancias		Promedio
	"H"	"M"	"H"	"M"	
Medicina General	2,412	505	80,109	14,287	32.4
Gastro-Enterología	374	47	15,629	1,535	40.8
Dermatología	116	14	5,523	1,051	50.6
Bronco-Pulmonares	45	15	8,401	2,521	182.0
Psiquiatría	94	51	4,528	3,345	54.3
Neurología	123	23	4,730	597	36.5
Cirugía General	1,326	307	34,933	8,413	26.5
Cirugía Ortopédica	607	87	20,333	3,560	34.4
Cirugía Toráxica	109	31	9,116	2,867	85.6
Cirugía Plástica	131	25	1,886	295	13.9
Neuro-Cirugía	271	43	10,078	2,531	40.1
Oto-Rino-Laringología	423	103	3,099	720	7.3
Oftalmología	185	30	3,913	433	20.2
Urología	338	13	6,348	340	21.2
Venereología	90	1	1,430	16	15.9
Gineacología	—	214	—	5,381	25.1
Obstetricia	—	2,868	—	21,739	7.6
Dental	65	22	936	312	14.3
	6,709	4,399	210,992	69,943	25.3

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

De la Sección Operatoria del Departamento de Cirugía:	Totales
Cirugía General	1,549
Cirugía Ortopédica	273
Cirugía Toráxica	183
Cirugía Plástica	137
Neuro-Cirugía	194
Obstetricia	13
Ginecología	88
Urología	289
Oto-Rino-Laringología	535
Oftalmología	140
En Emergencia:	
Cirugía Mayor	156
Cirugía Menor	319
En Salas de Operaciones Especiales:	
Maternidad	409
Consultorio de Ginecología	82
Urología	1,976
Oto-Rino-Laringología	1,419
Oftalmología	346
	8,108

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

OCUPACION DE LOS ASEGURADOS DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL DURANTE EL AÑO 1952

Agricultores	320	Joyeros	12
Albañiles	582	Ladrilleros	26
Alfareros	4	Lancheros	1
Almaceneros	88	Lavanderos	14
Aparadores	32	Limpieza	46
Armadores	17	Linotipistas	61
Ascensoristas	7	Maestros	16
Auxiliares	15	Maquinistas	84
Ayudantes	202	Marmolistas	194
Barnizadores	2	Matanceros	8
Barredores	43	Mayordomos	10
Bodegueros	1	Mecánicos	466
Brequeros	3	Mensajeros	49
Caldereros	5	Moldeadores	1
Cantineros	4	Molineros	77
Capataces	14	Mosaístas	19
Cargadores	43	Mozos	98
Carniceros	2	Motoristas	35
Carpinteros	258	Operarios	318
Carreteros	1	Ordeñadores	65
Cerrajeros	8	Pagantes	54
Cobradores	5	Panaderos	89
Cocineros	65	Pasteleros	15
Colchoneros	1	Pastores	3
Conductores	135	Peluqueros	31
Conserjes	22	Peones	395
Constructores	3	Pescadores	1
Controladores	47	Pintores	60
Cortadores	47	Planchadores	23
Cuarteleros	14	Plomeros	1
Curtidores	12	Portapliegos	29
Charoladores	24	Porteros	42
Chocolateros	2	Prensistas	17
Choferes	384	Preparadores	11
Decoradores	1	Pulidores	21
Dependientes	98	Rematadores	37
Despajadores	3	Repartidores	18
Ebanistas	92	Reporteros	1
E. CNSS.	40	Revisadores	5
E. H. O.	47	Sastres	71
E. S. E.	1	Seleccionadores	5
Electricistas	78	Sirvientes	9
Embaladores	19	Sobrestantes	1
Empaquetadores	19	Soldadores	32
Encuadernadores	28	Sopladores	7
Enfermeros	1	Talladores	11
Envasadores	40	Tapiceros	8
Estibadores	3	Tejedores	273
Etiquetadores	7	Telefonistas	1
Fam. E. H. O.	6	Textiles	153
Fideleros	2	Tintoreros	37
Fogoneros	5	Tipógrafos	29
Forradores	1	Topiqueros	12
Fundidores	39	Torneros	16
Gráficos	6	Tractoristas	28
Gasfiteros	8	Tripulantes	1
Guardianes	114	Vaporinos	2
Herreros	35	Veladores	4
Hilanderos	118	Veterinarios	1
Horneros	96	Vidrieros	39
Impresores	13	Vigilantes	38
Indigentes	31	Vulcanizadores	3
Inspectores	1	Zapateros	57
Instaladores	1		
Jardineros	62		
Jornaleros	59		6,709

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

OCUPACION DE LAS ASEGURADAS DADAS DE ALTA DEL HOSPITAL DURANTE EL AÑO 1952

Almaceneras	10	Engastadoras	1	Peinadoras	34
Alumnas	9	Envasadoras	152	Peleteras	1
Aparadoras	131	Etiquetadoras	70	Pesadoras	2
Armadoras	2			Pintoras	8
Asistentas	1	Fam. E. CNSS	7	Planchadoras	193
Auxiliares	27	Fam. E. H. O.	31	Plantilladoras	4
Ayudantas	315	Fileteras	4	Porteras	9
		Forradoras	50	Prensistas	2
Barnizadoras	10			Puericultoras	1
Boleteras	7	Guardianes	5	Pulidoras	12
Bordadoras	25				
		Hilanderas	157	Recortadoras	3
Cajistas	2			Remalladoras	36
Camareras	12	Indigentes	30	Rematadoras	1
Celadoras	1			Revisadoras	14
Clasificadoras	2	Jardineras	1	Repartidoras	1
Cocineras	51				
Controladoras	80	Lavanderas	63	Seleccionadoras	72
Cortadoras	54	Limpieza	50	Sirvientas	67
Costureras	969	Linotipistas	1	Sombrereras	4
Cuidadoras	2				
Curtidoras	1	Manicuristas	4	Tapiceras	4
Charoladoras	1	Marcadoras	1	Tejedoras	137
		Masajistas	1	Telefonistas	1
Decoradoras	11	Maquinistas	55	Textiles	156
Dependientes	75			Tipógrafas	3
Despajadoras	545	Niñeras	28	Topiqueras	19
				Torneras	1
E. CNSS	24	Operarias	162		
E. H. O.	59			Veladoras	9
Embaladoras	19	Pagantes	19	Vigilantas	4
Empaquetadores	124	Pantaloneras	5	Zurcidoras	45
Encuadernadoras	35	Pañadoras	35		
Enfermeras	8	Pasadoras	3		4,399

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Información Nacional

INSTALACION DEL COMITE NACIONAL DE ESTADISTICA VITAL Y SANITARIA

Con fecha 3 de enero último, y en actuación presidida por el Director General de Salud Pública, quedó instalado el Comité del rubro, que fuera creado por Decreto Supremo de 24 de noviembre de 1952.

INAUGURACION OFICIAL DEL HOGAR-CLINICA DE SAN JUAN DE DIOS

Con fecha 6 de enero último, se realizó la ceremonia de inauguración oficial del Hogar-Clínica de San Juan de Dios, en Magdalena, que orienta su programa de acción social en beneficio de los niños lisiados.

La actuación estuvo realzada por la presencia del señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, doctor Luis N. Sáenz, del Nuncio de su Santidad Monseñor Juan Panico, del Embajador de España, señor Tomás Suñer Ferrer y otras conocidas personalidades de los círculos oficiales y sociales.

La bendición oficial estuvo a cargo de Monseñor Panico, habiendo hecho posteriormente, usó de la palabra, el doctor Belisario Sánchez León, Director Médico de la Clínica; el Director de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios R. P. Lázaro Simón, y cerrando la actuación, el doctor Luis N. Sáenz, quien felicitó a los hermanos de dicha Institución y a los médicos que trabajan con ellos por la realización de esta obra en beneficio de la niñez desvalida.

CURSILLO SOBRE ENZIMOLOGIA DEL PROFESOR VAN R. POTTER

El 13 de enero fué iniciado en el Salón de Clases de la Cátedra de Fisiopatología, en el Hospital Arzobispo Loayza, un Cursillo sobre Enzimología a cargo del doctor Van R. Potter, enzimólogo de fama mundial que desempeña en los Estados Unidos el cargo de Profesor de Oncología en la Universidad de Winsconsin y que durante su permanencia en el Perú, ha sido nombrado Profesor Visitante de nuestra Facultad de Medicina.

El tema tratado versó sobre "Los Procesos Vitales como Sistemas de Actividad Enzimática Organizada", y con esta actuación, seguida con verdadero interés por un numeroso grupo de médicos y estudiantes de medicina, se abrió un importante ciclo de lecciones que sobre su especialidad dictará el Profesor Potter.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

En el mes de enero último se realizó la elección de la nueva mesa directiva que deberá regir los destinos de esa Institución por el período de 1953-54; habiendo quedado integrada de la siguiente manera: Presidente, doctor Oswaldo Hercelles; Vice-Presidente, doctor Luis D. Espejo; Secretarios: doctor Jorge Voto Bernales y doctor Juan F. Valega; Tesorero, doctor Jorge Avendaño; Bibliotecario, doctor Juan B. Lastres; Vocales, doctores Carlos F. Krumdieck y doctor Rodrigo Franco.

CLAUSURA DEL PRIMER CURSO DE EDUCACION SANITARIA

Acaba de ser clausurado el primer curso de educación sanitaria que se iniciara en abril de 1952, para formar el primer grupo de maestros educadores sanitarios, destinados a intensificar la cultura sanitaria de nuestras poblaciones y a cooperar en las diversas campañas que realiza el Ministerio de Salud Pública, por intermedio de sus organismos técnicos y ejecutivos.

Diferentes profesionales han dictado los siguientes cursos para preparar a dichos estudiantes: Bacteriología, Epidemiología, Saneamiento, Medicina Preventiva, Estadística, Nutrición, Sicología Aplicada y Educación Sanitaria, habiéndose también organizado, en el aspecto práctico, programas especiales en el Centro de Medicina Preventiva Escolar, Unidad Vecinal Nº 3 y Centro de Medicina Preventiva del Rímac.

El curso ha comprendido un total de 12 inscritos, habiendo alcanzado la aprobación final, 7 de ellos que serán destacados próximamente a diferentes ciudades de la costa, sierra y montaña, en donde iniciarán sus actividades con programas perfectamente definidos.

INICIACION DE CURSOS DE VERANO EN LA DIRECCION DE AUXILIARES VOLUNTARIAS DE LA CRUZ ROJA

La Dirección de Auxiliares Voluntarias de la Cruz Roja Peruana, desarrollando su vasto y provechoso plan de acción, ha iniciado los cursos de verano correspondientes al año que acaba de comenzar, con clases en las mañanas y en las tardes.

Entre otros se dictó el curso de Procedimientos de Enfermería, a cargo de una enfermera diplomada y que tiene como finalidad preparar a las personas que deseen ingresar como Voluntarias de la Cruz Roja. La futura ayudante de Enfermería, estudiará, procedimientos de enfermería, primeros auxilios y hará la práctica hospitalaria de Reglamento. Además seguirá un cursillo sobre conocimientos de Cruz Roja.

La importancia de este curso radica en que se prepara a la mujer a ofrecer sus servicios voluntarios a la coletividad, y especialmente para ser útil como ayudante-enfermera voluntaria, en los hospitales.

RECEPCION EN LA ACADEMIA PERUANA DE CIRUGIA

Se encuentran en nuestra Capital los miembros de la Delegación de Cirujanos Americanos que asistirán en el Brasil al Congreso organizado por la American College of Surgeon.

Con tal motivo la Academia Peruana de Cirugía celebró el 29 de enero una sesión extraordinaria para recepcionarlos.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Presidió el acto el doctor Jorge de Romaña, presidente de la Academia, a quien acompañaron en el estrado los profesores Charles W. Mayo, Carl Moyer y Norman O'Neill, Francisco Graña, Presidente Honorario de la Academia; Luis A. Suárez, Presidente de la Federación Médica Peruana; Marcos Nettlas, Rodrigo Franco Guerra, Esteban D. Rocca, Gerardo Lozada y Carlos Peschiera.

Se inició el acto con el discurso de bienvenida del Presidente de la Academia, a quien siguió en el uso de la palabra el doctor Charles W. Mayo, quien pronunció una conferencia sobre "Pólipos del Sigmoides y diferenciacón con el carcinoma". A continuación el doctor Carl Moyer se ocupó del tema: "Diez años de experiencias en el tratamiento de las quemaduras a través de 5,000 casos", cerrándose la actuación con la proyección de una película sobre "Hernia Diafragmática" que presentó el doctor Norman O'Neill.

CONVERSATORIO CLINICO DEL CUERPO MEDICO DE LA SANIDAD DE GOBIERNO Y POLICIA

En el salón de Conferencias del Hospital Central de Policía, se llevó a cabo el Conversatorio Clínico Mensual del Cuerpo Médico de la Sanidad del Ramo, acto que fué presidido por el Coronel Director In-Conversatorio Clínico corrió de Policía, doctor César Maza Gallegos. El Conversatorio Clínico corrió a cargo del Capitán S. G. P. doctor Luis Castañeda Pilo País, del Departamento de Cardiología y versó sobre el tema: "El Instituto Nacional de Cardiología de México y el Departamento de Cardiología de la Mayo Clinic. Organización y Estudio de las Enfermedades Cardio-Vasculares en dichos centros".

Al término de su disertación el doctor Castañeda hizo hincapié en la magnífica impresión que causa a los visitantes la organización y funcionamiento del Instituto de Cardiología de México, que constituye un ejemplo digno de imitarse.

PROXIMA INAUGURACION DE LAS CLINICAS DE MATERNIDAD Y NIÑOS EN LA CIUDAD DE PIURA

En breve la Beneficencia Pública de Piura, pondrá en funcionamiento la Clínica de la Maternidad y el Pabellón de Niños. Ambas, se encuentran en la actualidad prácticamente terminadas.

La Clínica ubicada en la parte sur del Hospital de Belén, tendrá tres pabellones: Pagantes, Administración y Cirugía y el de Indigentes.

Cuanto a la otra obra: el Pabellón de Niños "Víctor Eguiguren" que ha sido donado por la familia Checa Eguiguren está igualmente terminado y su entrega a la Beneficencia se realizará en breve. Tiene capacidad suficiente para atender a los diversos casos que se presentan en la ciudad y cuenta con consultorio, sala de enfermos, ropería, comedor, repostería, etc.

SEMINARIO DE CONOCIMIENTOS BASICOS SOBRE PSICOANALISIS

A fines de Febrero último, se inauguró en el Auditorium del Hospital Obrero de Lima, el Seminario de conocimientos básicos sobre psicoanálisis que ha sido organizado por el Centro de Estudios Psicomáticos, cuya presidencia honoraria ejerce el Doctor Carlos Alberto Seguín.

La charla inicial del Seminario estuvo a cargo del doctor Seguin, quien desarrolló el tema "Historia del movimiento Psicoanalítico y proposiciones fundamentales", promoviendo en todo momento la activa intervención de los asistentes.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

PROYECTO DE CONSTRUCCION DE UNA CLINICA MUNICIPAL

La Inspección de Sanidad del Concejo Provincial de Lima, proyecta la construcción de una Clínica Municipal de 12 pisos con capacidad para 400 camas, consultorios para médicos, dormitorios para enfermeras, celdas para las monjas que brinden servicios en la Clínica, destinada a las distintas clases sociales de la población.

Una innovación se establecerá con respecto a los médicos que presten servicio en esta Clínica quienes recibirán bonificaciones por su trabajo y además contarán con consultorios propios en el primer piso para la atención de su clientela particular.

La atención al público en forma gratuita y la parte preventiva correspondiente a la Municipalidad, se llevaría a cabo en la misma Clínica y las personas que necesiten internamiento podrán hacerlo abonando las sumas respectivas.

Esta obra está comprendida dentro del plan sanitario de la Municipalidad de Lima, y que viene estudiándose con la colaboración de los Inspectores de Municipios Distritales.

INAUGURACION DEL VII CONGRESO PERUANO DE CIRUGIA

El día 1º de Marzo último en solemne actuación realizada en el Salón de Sesiones del Palacio Municipal de Lima, fué inaugurado el VII Congreso Peruano de Cirugía, certamen científico que se efectuó con la concurrencia de delegados de provincias y delegaciones extranjeras.

Presidió el acto el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social doctor Luis N. Sáenz, Vice-Presidente Honorario del Congreso, quien llevó la representación del Presidente de la República, General Manuel A. Odría.

Acompañaban al señor Ministro de Salud Pública, en el estrado de honor, el Ministro de Educación Pública, Comandante Balaguer, el doctor Jorge de la Romaña, Presidente del Congreso y distinguidas personalidades de nuestros círculos oficiales y científicos.

Se inició el acto con el discurso del Alcalde de Lima Sr. Luis Larco, quien en adecuadas frases presentó el saludo de bienvenida de la Municipalidad a las delegaciones concurrentes.

Luego ocupó la tribuna el doctor Jorge de la Romaña, Presidente del VII Congreso Peruano de Cirugía, quien se refirió en conceptuosos términos al significado del certamen que se inauguraba.

Seguidamente hicieron uso de la palabra formulando votos por el buen éxito de este Congreso que relieva el progreso de la cirugía peruana, los doctores Atilio Lasala, delegado argentino; Renán Camacho, boliviano; Víctor Pedemonte, uruguayo; Roberto Bozado, paraguayo y Humberto Portillo a nombre de las delegaciones de provincias.

Por último el señor Ministro de Salud Pública, doctor Luis N. Saenz, declaró instalado el Congreso.

Después de intensa labor trasuntada en diversas operaciones en los Hospitales de Lima y Callao, se realizó el día 5 en la tarde la sesión solemne de calusura en la que se dió lectura a las siguientes conclusiones aprobadas:

1º—Designando a la ciudad de Ica como sede del próximo Congreso; 2º Que en este Congreso próximo se desarrollarán los siguientes temas: cáncer del estómago; T. B. C. Renal; fracturas del Cuello del Fémur; 3º Votos de agradecimiento al Presidente de la República y a dirigentes de organizaciones oficiales y particulares por su colaboración al mejor éxito del Congreso.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Igualmente se aprobaron las siguientes recomendaciones:

a.—Establecer en todo centro hospitalario un consultorio de investigación y diagnóstico precoz del cáncer; que debe estar provisto de un especialista y del material necesario que la técnica considera indispensable.

b.—Solicitar de las autoridades competentes que se organicen y aumenten los centros de despistaje y prevención del cáncer y que se intensifique la campaña contra el mismo para lograr la colaboración del enfermo.

c.—Organizar la atención médica de los enfermos con tuberculosis óseas aconsejándose la creación de centros apropiados para su rápido y eficaz tratamiento.

d.—Crear un Banco de Huesos.

CEREMONIA DE ENTREGA DE DIPLOMAS E INSIGNIAS A NUEVA PROMOCION DE ENFERMERAS

En el Salón de Actos de la Escuela de Enfermeras del Hospital del Niño, se efectuó la ceremonia de entrega de diplomas e insignias a 28 enfermeras de la Promoción "Hermana María Teresa de Santa Cecilia", 1952, de la Escuela del indicado Nosocomio.

Presidió el acto el señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, doctor Luis N. Sáenz, al que acompañaban el Director del Fondo de Salud y Bienestar Social señor R. Romero C. y la Directora de la Escuela.

Previos los discursos de orden se hizo entrega a las integrantes de la Promoción de los diplomas e insignias correspondientes cerrándose el Acto con las palabras del Sr. Ministro.

CURSILLO DE NEUROCIRUGIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEO-PLASICAS

A partir del 23 de Marzo se iniciará en el Instituto Nacional de Enfermedades Neo-plásicas un Cursillo de Neuro-cirugía, organizado por el Servicio Neuro-quirúrgico del Instituto. Dicho Cursillo será dictado los días lunes y martes, teniendo a su cargo las charlas el doctor Fernando Cabieses Molina, jefe del Departamento de Neuro-cirugía del mencionado Instituto y distinguidos especialistas, quienes dictarán sus lecciones sobre temas relacionados con los aspectos neuro-quirúrgicos, en conexión con sus respectivas especialidades.

Las indicadas charlas científicas cuyo interés es indudable, pues se relacionan con un importante aspecto de la Medicina, durarán hasta el próximo mes de Julio.

NUEVA REVISTA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Con el título de "Salud y Bienestar Social" se ha puesto en circulación el primer número de esta Revista, Organo Oficial del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Bajo la dirección del señor Ministro y con un Comité de Redacción integrado por varios directores de ese Ministerio, la nueva publicación cuya frecuencia será bimensual, cuenta con un magnífico material informativo y gráfico de las actividades realizadas por el Ministerio, a través de sus distintas Divisiones, así como trabajos originales relacionados con la sanidad pública, que permite considerarla como una de las primeras publicaciones en su género.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

NUMEROS INDICADORES DEL COSTO DE LA VIDA EN LIMA

Nos es grato publicar en cuadro anexo que nos ha sido gentilmente proporcionado por la Dirección Nacional de Estadística, los numeros indicadores del costo de vida en Lima del año 1936 a Enero de 1953.

Del mismo se desprende, que si se toma como unidad total base para los años 1934-36 el número 100, que a su vez se descompone en 55% por alimentacion; 18% por habitación; 12% por indumentaria y 15% por diversos, se llega a la conclusión que este índice ha ido subiendo de año a año hasta llegar a 1952 en que de 100 original se eleva a 566.97 dividido de la siguiente manera: 676.9 por alimentación: 318.3 por habitación; 606.1 por indumentaria y 431.1 por diversos.

Cuanto respecta al año 1953 y refiriéndolo sólo al mes de Enero, que es hasta donde alcanzan los datos proporcionados, se llega a la conclusion que el índice general ha subido a 586.88 y sus componentes de alimentación a 702.2; habitación, a 332.0; indumentaria a 618.0 y diversos a 445.0.

COSTO DE LA VIDA

Nº 1.—Números indicadores del Costo de la Vida, en Lima, en 1936-1953
(Base: 1934/1936 = 100)

Años	Total (100 %)	Por Alimentación (55 %)	Por Habitación (18 %)	Por Indumentaria (12 %)	Por Diversos (15 %)
1937	111	115	108	109	100
1938	112	113	116	115	100
1939	110	106	122	124	101
1940	119	116	122	135	114
1941	129	132	122	145	114
1942	145	148	134	172	126
1943	158	164	136	194	136
1944	181	187	156	228	153
1945	202	209	173	253	169
1946	221	225	191	284	191
1947	286	312	211	354	223
1948	374	418	302	416	264
1949	429	486	302	478	335
1950	481	561	302	506	386
1951	530.27	629.1	302	574.2	406.5
1952	566.97	676.9	318.3	606.1	431.1
1952, por meses:					
Enero	549.52	658.1	302.0	595.0	412.0
Febrero . . .	551.07	660.1	302.0	595.0	415.0
Marzo	555.20	665.0	310.0	595.0	415.0
Abril	557.00	663.9	315.0	595.0	425.0
Mayo	560.69	666.8	315.0	600.0	435.0
Junio	563.50	668.1	320.0	610.0	435.0
Julio	568.56	676.2	322.0	612.0	435.0
Agosto . . .	574.56	685.3	325.0	612.0	438.0
Setiembre . .	577.66	690.4	325.0	612.0	440.0
Octubre . . .	578.16	690.0	327.0	614.0	440.0
Noviembre . .	582.73	698.3	327.0	615.0	440.0
Diciembre . . .	585.01	700.0	330.0	618.0	443.0
1953, por meses:					
Enero	586.88	702.2	332.0	618.0	445.0

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

REAJUSTE ECONOMICO Y BALANCE DE LA ASOCIACION MUTUALISTA MAGISTERIAL

El Directorio de la Asociación Mutualista Magisterial acaba de publicar su Boletín Informativo Nº 5, correspondiente al mes de Diciembre de 1952.

La citad publicación da cuenta del reajuste financiero que ha emprendido en la fecha su Directorio, así como del Balance por el ejercicio económico del año 1951, publicando además cuadros estadísticos que traducen elocuentemente en cifras, el progreso alcanzado por la Asociación en el campo de los servicios sociales.

Del Balance mencionado se desprende que la Asociación ha obtenido durante el año 1951 un superávit de S/. 1'501,575.26 que refleja la buena situación económica por la que atraviesa, pese a haber aumentado a partir del año 1949, el monto de sus prestaciones.

Igualmente de los ya citados cuadros estadísticos se desprende que durante el año 1951 han sido registrados 118 seguros mutuales por un monto de S/. 1'207,375.00.

En lo que respecta a asistencia médica y farmacéutica, durante dicho lapso de tiempo, se han efectuado en todo el Perú 38,234 consultas de asociados y 16,879 de sus familiares; han sido hospitalizados en dicho año, en distintos nosocomios de la República, por cuenta de la Asociación 1,208 asociados y 464 familiares de éstos, lo que hace un total de 1,672 hospitalizaciones.

En cuanto al monto de los servicios médicos y farmacéuticos, se ha pagado en 1951, S/. 321,097.85 por servicios médicos y S/. 212,345.39 por medicinas, lo que arroja un monto de S/. 710,926.83.

Se han concedido 68 pensiones de invalidez por un total de S/. 66,669.36, habiéndose proporcionado a sus asociados préstamos que devengan interés, por la suma de S/. 4'925,750.99.

La Asociación al 31 de Diciembre contaba con 27,371 afiliados.

PROYECTO DEL FONDO NACIONAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL SOBRE CONSTRUCCION DE VIVIENDAS

La Dirección del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social tiene en estudio un plan de gran envergadura, destinado a la construcción de viviendas higiénicas, en favor de las clases menos favorecidas de la nación.

El programa se basa en los siguientes puntos:

1.—La solución del problema de la vivienda no puede ser afrontada sólo por el Estado, sino que se requiere también la ayuda de particulares interesados.

2.—La actividad del Estado y particulares no se encamina en este plan a la fabricación de habitaciones cómodas, sino a mejorar las condiciones de la vivienda, asegurando un mínimo de comodidades y de condiciones de higiene.

3.—El Estado financia la construcción de casas, por intermedio del Fondo, y las vende a los particulares en un plazo de 15 años.

4.—La contribución del particular es indispensable, sea ésta en forma de dinero efectivo, o por medio del trabajo personal o aporte de materiales.

5.—Las casas serían de propiedad del Fondo hasta la total cancelación del aporte mismo.

Para poner en marcha este plan, se ha previsto con la colaboración del Departamento de Arquitectura y Construcción del Ministerio, e Ingenieros del Servicio Cooperativo Inter-Americano de Salud Pública, la fabricación de casas que costarán en término medio S/. 15,000 y asegurán un mínimo de comodidad e higiene.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Cabe la posibilidad de que, aún este costo promedio, sea rebajado por el empleo de determinados materiales de construcción, cuya fabricación directa se encuentra en estudio. Sobre esta base se ha previsto que el Fondo proporcione:

1.—Terreno.
2.—Lozas de cemento para el piso.
3.—Agua y desagüe, aparatos sanitarios, cocina y luz.
4.—Ayuda técnica para la construcción.

Los interesados además, aportarían trabajo personal y materiales.

Si este programa se desarrolla en los términos previstos, el aporte del Estado, a través del Fondo, representará tan sólo el 50% de la construcción total o sea S/. 7,500 por casa.

Inicialmente se ha pensado en efectuar un trabajo de ensayo en dos centros: las Barracas del Puente del Ejército en Lima, y la Casa Rosada de Arequipa.

Se prevé la construcción de 8,000 viviendas de este tipo, que representará la cantidad de S/. 60'000,000.00

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Información Extranjera

ORGANISMOS INTERNACIONALES

120º Reunión del Consejo de Administración de la Organización Internacional del Trabajo

El Consejo celebró su 120 reunión en Ginebra entre el 24 y 28 de noviembre de 1952, con la presidencia del Sr. F. Cisternas.

Se acordó fijar el 4 de junio de 1954, como fecha de inauguración de la 37ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo que se celebrará en Ginebra.

En el orden del día de esa reunión, figurarán los siguientes puntos: Memoria del Director General; cuestiones financieras y de presupuesto; informaciones y memorias sobre la aplicación de convenios y recomendaciones; asistencia técnica; sanciones penales por incumplimiento del contrato de trabajo; trabajadores migrantes (países insuficientemente desarrollados); rehabilitación profesional de los inválidos.

El Consejo tomó nota de que probablemente, la cuestión de las vacaciones pagadas será referida para una segunda discusión de la 36ª a la 37ª reunión, reservándose para un pronunciamiento posterior la cuestión de una nueva revisión del convenio de 1929, revisado en 1932, relativo a la protección de los cargadores de muelle contra los accidentes.

El Consejo de Administración decidió que la Conferencia Regional Asiática se celebrara en Japón del 14 al 26 de setiembre, con el siguiente orden del día:

Problemas relativos a la política de salarios en los países de Asia;
Problemas de la vivienda obrera en los países de Asia;
Medidas para la protección de los jóvenes trabajadores en los países de Asia, comprendidas la orientación y formación profesionales.

Además, figurará la Memoria del Director General, que tratará especialmente de las actividades de asistencia técnica en los países de Asia.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Ratificaciones

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo ha registrado las siguientes ratificaciones del Convenio relativo a las agencias retribuídas de colocación (revisado) 1949.

Por parte de Guatemala, el 3 de enero de 1953; por parte de Italia, el 9 de enero de 1953, y por parte de Cuba, el 3 de febrero de 1953.

Inauguración del Primer Curso de Cooperación Técnica Iberoamericana de Seguridad Social

Se ha inaugurado, en el curso del mes de octubre del año último, el Primer Curso de Cooperación Técnica entre los países hispánicos, con la asistencia de especialistas de Argentina, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Haití, y Venezuela.

El curso abarca un período de seis meses y consta de tres grandes grupos de materias: a) legislación española de Seguridad Social; b) organización de las instituciones administradoras y c) procedimiento práctico de aplicación de la Seguridad Social.

Convocatoria al II Congreso Iberoamericano de Seguridad Social

En el curso del presente año (29 de noviembre al 10 de diciembre) se reunirá en la ciudad de Curitiba, Capital del Estado de Paraná (Brasil), el II Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, con el patronato del Ministerio de Trabajo, Industria y Comercio de los Estados Unidos del Brasil, del Gobierno del Estado de Paraná y de las instituciones brasileñas de previsión social. En principio, sólo pueden tomar parte en sus deliberaciones y actos, los organismos, instituciones y particulares que a ello sean invitados. Lo han sido ya todas las entidades oficiales encargadas de la gestión de los seguros sociales, las Universidades y Escuelas Sociales o de Servicio Social, los expertos, especialistas y profesores de los países iberoamericanos y filipino. Asimismo se ha participado la convocatoria a la Organización de Estados Americanos, Oficina Internacional del Trabajo, Asociación Internacional de Seguridad Social y Comité Interamericano de Seguridad Social.

Los temas del Congreso han quedado establecidos en la siguiente forma:

A) **Experiencias.**

1.—Fórmulas y resultados logrados en la aplicación de los seguros sociales al campo.
2.—Sistemas de financiación de la Seguridad Social y sus resultados.
3.—Problemas y soluciones para la conservación de derechos de los trabajadores migrantes.

B) **Enseñanza.**

1.—Planes de enseñanza general de la Seguridad Social.
2.—Sistemas para la formación profesional de técnicos.
3.—Ensayos de terminología en lenguas española y portuguesa.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

C) Informaciones.

Sólo serán admitidos como trabajos para estudio y deliberación por parte del Congreso, aquellos que se refieren a los temas concretos de los apartados A y B.

Todos los demás trabajos que se aporten sobre temas distintos a los mencionados, serán encuadrados bajo la rúbrica del apartado C), cuyos documentos no serán objeto de deliberación y sólo serán repartidos si se remiten a la Secretaría del Congreso, en número suficiente de ejemplares para ello.

Coincidiendo con el Congreso se organizará una Exposición de la obra social brasileña y, en especial, de sus realizaciones en materia de previsión social. Las instituciones de los demás países, han sido invitadas a participar en la misma.

ARGENTINA

Datos de aplicación de los Seguros Sociales

El régimen de Previsión Social Argentino, tenía el año 1943, 480.000 afiliados; en 1946, el número ascendía a 1.680.000; en 1950, las personas cubiertas sumaban 3'438,000, pasando en la actualidad de cinco millones.

Servicio Nacional de Medicina Infantil

Ha sido organizado por el Ministerio de Sanidad, el Servicio Nacional de Medicina Infantil, complementando así el de Maternidad y Puericultura.

El nuevo Servicio tendrá a su cargo las siguientes funciones: establecer los medios adecuados para la protección de la salud del niño desde los tres a catorce años; estudiar las enfermedades peculiares de cada región y su profilaxis; organizar el suministro racional de alimentación, ropa y calzado a los niños necesitados; comprobar el cumplimiento de las vacunaciones; vigilar la asistencia odontológica del niño y organizar congresos sobre temas de sanidad infantil.

BELGICA

Tarifas del Seguro de Vejez y de Supervivientes

Por ley de 29 de diciembre de 1952, han sido aumentadas las tarifas de las cotizaciones de la seguridad social, a fin de disponer de fondos destinados al pago de pensiones más elevadas de vejez y de supervivientes.

Actualmente la cotización de un trabajador asegurado asciende al 4.5% de su remuneración, hasta la suma de 5,000 francos al mes, más un 3.75% de su remuneración total.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

La contribución del empleador a favor del asalariado, asciende al 11 % de la remuneración de éste, hasta la cantidad de 5,000 francos al mes, más 10.25% del total de la remuneración.

De estas contribuciones, se destina a las pensiones de vejez y de supervivientes una suma igual al 7.5% de la remuneración total del asegurado, suma a la que el trabajador aporta el 3.75% y su empleador una cantidad igual.

Anteriormente, se prescindía de toda remuneración que excediera de 5.000 francos mensuales al evaluar las contribuciones.

Reforma del sistema del Seguro de Enfermedad e Invalidez

Por real orden de 31 de diciembre de 1952, han sido introducidas distintas enmiendas al seguro de enfermedad e invalidez.

La reforma tiende a hacer responsable de su propio equilibrio económico a cada una de las cinco uniones nacionales de federaciones de mutualidades y las oficinas regionales administradoras del seguro de enfermedad e invalidez.

La lista de prestaciones médicas obligatorias sólo comprende ahora el tipo de asistencia más costoso; pero las consultas médicas, suministro de productos farmacéuticos y los cuidados dentales se consideran como prestaciones suplementarias. A fin de mantener o restablecer su estabilidad económica, el organismo asegurador podrá suprimir o reducir las prestaciones suplementarias y aumentar el importe de las cotizaciones pagaderas por sus asegurados.

Las prestaciones en numerario se conceden en caso de maternidad, enfermedad e invalidez, así como subsidios funerarios. El monto de esta prestación es del 60% de la remuneración perdida en la enfermedad y maternidad y el 40% en la invalidez, que puede elevarse al 60% por cargas familiares. Además, el asegurado, el pensionado y miembros de su familia, tienen derecho a prestaciones médicas, ocmprendiendo atención quirúrgica, hospitalización, atención durante el parto, suministro de prótesis y aparatos ortopédicos, exámenes radiológicos, análisis de laboratorio, etc.

Las tarifas de honorarios y de reembolso son determinadas por el Ministro del Trabajo y Previsión Social.

La contribución asignada al seguro de enfermedad y de invalidez sigue siendo del 6% de la remuneración del asegurado, sobre un máximun mensual de 5,000 francos. Existen además dos subsidios del Estado.

Caja Nacional de Subsidios Familiares

Por Decreto de 3 de abril de 1952, se ha modificado, con efectos retroactivos al 1º de enero, algunas disposiciones del Decreto de 22 de diciembre de 1938 que creó la Caja Nacional de Subsidios Familiares.

Las principales enmiendas se refieren a:

a) Mejora de subsidios familiares;
b) Aumento de los subsidios especiales en favor de los huérfanos;
c) Prolongación de la concesión de los subsidios familiares hasta la edad de 21 años en lugar de 18;
d) Modificación de las condiciones exigidas para frecuentar las escuelas.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

CANADA

Reeducación Profesional

Ha quedado constituído un Comité Consultivo Nacional para la reeducación profesional de las personas parcialmente incapacitadas, de acuerdo con las recomendaciones hechas en la primera Conferencia Nacional sobre readaptación profesional de dichas personas.

El Comité está compuesto por representantes del Gobierno Federal, y representantes de las provincias, de las instituciones benéficas de sanidad y previsión social, del cuerpo médico, del movimiento sindical, de las organizaciones de empleadores y de cuatro miembros que representarán a grupos de individuos especialmente interesados en estas cuestiones.

La designación de este Comité señala la iniciación de un amplio programa de asistencia médica, cuidados de convalecencia, orientación y formación profesionales y, finalmente, la provisión de empleos adecuados.

COSTA RICA

Modificación del Régimen de Seguro Social

Distintas modificaciones se ha introducido el año último en el seguro de enfermedad y maternidad, extendiendo su campo de acción a nuevas regiones territoriales.

Se excluye del régimen a los servidores domésticos y a los asalariados con ingresos superiores a 400 colones.

Las nuevas cotizaciones se han fijado en el 2.5% para los asegurados y patrones y en el 1% para el Estado. Las prestaciones sanitarias comprenden: asistencia médica general y de especialidades, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria. La prestación económica es del 50% del salario medio percibido el último mes anterior a la enfermedad. Las prestaciones de maternidad abarcan: asistencia completa a domicilio, en hospital o en clínica maternal, según prescripción médica; subsidio equivalente al 50% del salario medio que percibiera la beneficiaria durante los tres últimos meses de trabajo, y un subsidio de lactancia, cuando la madre no pueda lactar al hijo.

En caso de muerte como consecuencia de enfermedad, la Caja concede una subvención de 137.50 colones.

La asistencia médica general, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica, se conceden también a los hijos del asegurado menores de dieciseis años, a la esposa y a la madre, si estuviera a su cargo, mediante el pago de una cuota suplementaria del 1% del salario.

CHILE

Servicio de Trabajo en las Fuerzas Armadas

El Gobierno de Chile decidió recientemente instituir un servicio del trabajo adscrito al Ministerio de Defensa.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Los efectivos que se emplearán en este servicio, se fijarán tomando en consideración las posibilidades económicas del país y el volumen de las obras que hayan de realizarse.

La duración del servicio será de dos meses de instrucción militar y diez meses de servicio de trabajo.

Los trabajos proyectados son los siguientes: por lo que concierne al Ejército: trabajos forestales, construcción de carreteras y obras de regadío mecánico; a la marina: plan de transporte de productos por medio de barcazas a las regiones de Aisén y Chiloé, estudios técnicos sobre la pesca en la bahía de San Vicente; a la Aviación Militar: la construcción de una red de aeródromos y pistas de aterrizaje.

ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA

Seguro de Domésticos

Con la extensión del Seguro de Vejez y Muerte, los trabajadores domésticos disfrutan a la fecha de determinados beneficios.

Los subsidios de ancianidad se conceden a los trabajadores domésticos con empleo regular, exigiéndose que los beneficiarios se encuentren al servicio de un empleador durante veinticuatro jornadas, por lo menos, en el transcurso de un período de tres meses, y percibir un sueldo mínimo de 50 dólares trimestrales.

ESPAÑA

Variación de Normas de Cotización

En el mes de junio del año último, ha sido modificado el sistema de cotización unificada de los Seguros y Subsidios sociales obligatorios, con miras a restablecer el pago mensual mediante relaciones nominales de productores para asegurar a los Organismos recaudadores el conocimiento más exacto de la concordia entre afiliados, cotizaciones y prestaciones.

El nuevo procedimiento contempla un método flexible a favor de las Empresas para que puedan realizar sus aportes por cuotas de seguros sociales en distintos establecimientos y centros bancarios, estableciéndose además medidas compulsivas contra las empresas morosas.

FRANCIA

Resultados financieros de la aplicación de la Legislación de Seguridad Social

En el informe presentado al Presidente de la República Francesa por el Ministro de Trabajo y Seguridad Social sobre la aplicación de la legislación de seguridad social, se da cuenta del nuevo déficit en el régimen general ascendente en 1951 a 39.000 millones, o sea el 14 por ciento aproximadamente en los ingresos del régimen general.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

El importe correspondiente al seguro de enfermedad representó en 1951 el 6.15% de los ingresos; que resulta elevado al 7.63% si se incluyen en él los gastos correspondientes al seguro de enfermedad prolongada.

Los ingresos totales ascendieron en millones de francos a 291.714 y los egresos a 330.854.

Los porcentajes registrados en el seguro de enfermedad en relación con los salarios objeto de cotización fueron:

Gastos médicos	0.83	%
Gastos quirúrgicos	0.38	„
Gastos farmacéuticos	1.39	„
Gastos dentales	0.46	„
Hospitalización y Asistencia médica gratuita	1.85	„
Subsidios diarios	1.23	„
Varios	0.01	„
Total	6.15	%

Diversas medidas fueron tomadas entre 1951 y 1952 encaminadas a corregir el déficit del régimen general, de las que se puede enumerar: la establecida por la ley de 1º de setiembre de 1951, concediendo bonificaciones en favor de los empleadores por abono de cotizaciones atrasadas; la que elevó de 324.000 a 408.000 francos el límite máximo anual de los salarios objeto de cotización, aumentando al mismo tiempo de 16 a 16.75% la tasa de la cotización de las asignaciones a las familias, y, finalmente, diversas medidas de reorganización de la seguridad social relacionadas con el control de las Cajas de seguridad social, duración de la hospitalización y empleo de los medicamentos objeto de los reembolsos, creación de servicios comunes de recaudación de cotizaciones, etc.

Cabe anotar entre otros puntos de esta memoria, el referente a la revalorización, a partir del 1º de enero de 1951, de las pensiones de invalidez en un 16%. El límite mínimo anual que era de 52.000 francos, ha pasado a ser desde el 1º de octubre de 1951 a 59.800 francos.

El seguro de maternidad, registró en 1951 un total de 423.466 nacimientos, extendiéndose las prestaciones a los gastos médicos distintos de los relativos al parto, gastos de farmacia, hospitalización, subsidios de lactancia y bonos de leche concedidos a las aseguradas y cónyuges de los asegurados, primas diversas y subsidios diarios.

Pensión de retiro para el personal civil de la Navegación Aérea

Se ha instituído el año último, un régimen de retiro complementario en beneficio del personal de navegación aérea civil.

La afiliación es obligatoria para el personal inscrito en el registro especial de la aeronáutica civil que ejerza la profesión de navegante de un modo habitual y a título de ocupación principal.

La cotización de los afiliados manuales es igual al 6% de la parte de sus haberes brutos que exceda del salario límite que sirva de base para el cálculo de las cotizaciones de los seguros sociales. Los empleados pagan el 12% de esos mismos salarios.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

El derecho a la pensión se subordina a que el asegurado tenga 50 años como mínimo, 15 años de servicios válidos y haya cesado en sus actividades. No se exige sin embargo ninguna condición de duración de servicios, cuando el Consejo Médico de Aviación reconozca que el afiliado sufre una invalidez que lleva consigo una incapacidad definitiva para el ejercicio de la profesión.

Se cuenta como año entero todo año en el curso del cual el afiliado haya realizado 500 horas de vuelo. Se asimilan al tiempo de servicios los períodos de incapacidad temporal a consecuencia de accidentes o enfermedades.

La pensión se revisa todos los años siguiendo el índice de las variaciones generales de los salarios.

El fallecimiento del afiliado da derecho a que su cónyuge disfrute de una pensión reversible igual al 50% de la pensión del afiliado, y cada uno de los hijos a su cargo, disfruta asimismo de una pensión transitoria igual al 10%, a reserva de que el total de las pensiones así acumuladas no exceda nunca del 100% de la pensión del afiliado.

MEXICO

El Seguro Social Mexicano

El Instituto Mexicano de Seguro Social, amparaba, al año 1952, a una población de 1'106.353 personas, de las cuales 419.979 eran trabajadores y 686.378 familiares de aquéllos. Estos datos aparecen de la reafiliación llevada a cabo por el Instituto.

A la misma fecha, el seguro social disponía de un equipo médico que consta de: 21 sanatorios; 44 clínicas; 201 puestos médicos de fábrica; 24 puestos médicos periféricos; 17 laboratorios clínicos; 24 laboratorios radiológicos; 7 maternidades y 59 farmacias.

Con este equipo, durante el ejercicio de 1951, se otorgaron: 5.844.136 consultas externas; 6.784.118 servicios auxiliares de diagnóstico; 1.737.022 de atenciones médicas a domicilio; 53.392 hospitalizaciones y 24.115 nacimientos.

Además, el Instituto extendió 419.174 Certificados de Derecho en el seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte a los trabajadores asegurados.

REPUBLICA DOMINICANA

Información Estadística del Seguro Social

Durante el primer semestre del año 1952, la Caja Dominicana de Seguros Sociales concedió en total 696.232 prestaciones sanitarias, en beneficio de 265.453 asegurados cotizantes.

Los servicios médicos comprendieron 185.551 consultas; 307.133 tratamientos; 212 partos asistidos a domicilio; 187.046 recetas despachadas y 25.290 servicios auxiliares de diagnóstico.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

En el transcurso del aludido semestre, 1.717 asegurados concurrieron diariamente a los establecimientos médicos de la Caja en solicitud de asistencia médica.

Durante el mismo período, se practicaron 32.753 extracciones; 5.031 obturaciones; 1.928 profilaxis y 4.654 servicios diversos.

Los servicios de hospitalización por enfermedades generales fueron: asegurados hospitalizados, 9.240; estancias hospitalarias, 152.644; recetas despachadas, 152.679; exámenes de laboratorio, 26.849; radiografías, 2.835; intervenciones quirúrgicas, 1.711; y curas de urgencia, 3.172.

TURQUIA

Modificación de Leyes de Previsión

Recientes disposiciones legislativas han modificado el contenido de las leyes sobre los seguros de accidentes del trabajo, enfermedades profesionales y maternidad y seguro de pensiones, ampliándose el campo de aplicación del seguro de enfermedad.

En cuanto al período de trabajo que causa derecho a las prestaciones por maternidad, dispone la ley que la beneficiaria deberá haber trabajado 160 días por lo menos, durante el año que precede al parto.

En cuanto al seguro de pensiones, se dispone que en caso de fallecimiento del titular de una pensión de vejez después de cumplir 50 años, su viuda percibirá una pensión igual al 40% del importe de la pensión del asegurado fallecido.

Se mantienen las pensiones mensuales del 20% de la pensión del asegurado a cada uno de sus hijos, hasta los 18 años, salvo que sean inaptos para el trabajo, en cuyo caso seguirán disfrutando de la pensión sin límite de edad.

Si el importe total de la pensión asignada a la viuda y a los hijos a su cargo, es inferior al importe total de la pensión del asegurado, se abonará la diferencia, por partes iguales, a los padres de este último, pero cada parte no podrá exceder del 20% de la pensión.

La suma anual de las pensiones, no podrá exceder del total anual de la pensión de vejez del difunto.

En cuanto a gastos funerarios, en caso de fallecimiento de un asegurado, su familia recibirá una suma igual a 75 libras turcas.

Finalmente, en cuanto al seguro de enfermedad y maternidad, a partir del 1º de marzo del presente año, la protección concedida hasta hoy sólo al asegurado, será ampliada a la familia de éste, en las regiones de Estambul y Esmirna, comprendiendo beneficios gratuitos en policlínicos y servicio de farmacia.

Esta extensión del campo de aplicación, elevará a 250.000 el número de personas protegidas.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Legislación Social Peruana

Salud Pública y

Asistencia Social

PROHIBICION DE IMPORTAR SEMILLAS GERMINABLES Y CAPSULAS DE AMAPOLA.
R. S. Nº 6 "S. P." 13-1º-53.

Prohibe, desde la fecha, la importación de semillas germinables y de cápsulas de amapola que las contengan, obligando a las droguerías, farmacias y boticas a declarar las existencias de los antecitados productos qüe posean, y cuyo movimiento manifestarán en los balances que han de presentar al Dpto. de Narcóticos.

EXPROPIACION DE UNA FAJA DE TERRENO NECESARIA PARA UNA AVENIDA
R. S. 9-1º-53.

Declara de necesidad y utilidad la expropiación de una faja de terreno necesario para integrar hasta su ancho proyectado las tres avenidas semicircunvalatoria que bordean por el Este, Sur y Oeste, la unidad vecinal de Mirones.

Autoriza al Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social para que con sus propios medios económicos proceda a tramitar dichas expropiaciones, debiendo su personero legal suscribir los documentos necesarios.

DICTA DISPOSICIONES PARA LA EJECUCION DE ALGUNAS OBRAS TRANSITORIAMENTE FINANCIADAS POR EL FONDO NACIONAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL.
D. S. 22-1º-53.

Prescribe que, cuando el Fondo Nacional de Salud Pública y Bienestar Social acuerde la financiación de obras de agua y desagüe, supliendo transitoriamente la insuficiencia de las rentas para ese fin especial-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

mente designadas, le serán entregadas dichas rentas (el producto empozado y el que se continúe devengando), hasta la terminación de las obras y saldo de sus presupuestos.

Determina que en el Presupuesto General de la República se consignarán las partidas correspondientes a dichas leyes especiales, hasta cancelarse las inversiones que por ese concepto hubiere efectuado el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social.

DECLARA EXPEDITOS LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL EN LA ZONA DE YAULI.
D. S. Nº 33 "S. P." 23-2-53.

Declara expeditos los servicios médicos organizados por la Caja Nacional de Seguro Social para sus asegurados de la provincia de Yauli.

Indica que, durante el lapso comprendido entre la fecha de expedición de este Decreto y la señalada para la iniciación de la cobranza, procederá la Caja Nacional de Seguro Social a la entrega en los centros de trabajo de las libretas de cotizaciones, previa inscripción de sus titulares.

DESIGNA REPRESENTANTES DEL PODER EJECUTIVO ANTE EL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PUBLICA
R. S. Nº 32 "S. P." 23-2-53.

Designa representantes del Poder Ejecutivo ante el Consejo Superior de Salud Pública al Dr. Jorge de la Romaña Plazolles y al Coronel de Sanidad Dr. Alberto López.

DA CARACTER NACIONAL AL SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE TUBERCULOSIS.
R. S. 23-2-53.

Da carácter oficial al II Congreso Nacional de Tuberculosis, a celebrarse del 27 al 29 de agosto del año en curso y determina que el Ministerio de Salud Pública prestará el apoyo que demande el mejor éxito de dicho certamen.

EXAMEN TUBERCULINO-RADIOLOGICO OBLIGATORIO PARA EL SERVICIO DOMESTICO.
R. M. 25-2-53.

Declara obligatorio para el personal doméstico de Lima, Callao y Balnearios el examen tuberculino radiológico; establece la obligación de presentar el certificado respectivo para colocarse como doméstico a partir de la fecha; y señala para la verificación del examen un plazo de 90 días, pasado el cual los omisos serán obligados, si es necesario con intervención de la Policía.

APLICACION DE LA LEY 11672 SOBRE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL.
D. S. 26-2-53.

Decreta que las entidades, que a partir de la fecha, y en virtud de la ley Nº 11672, reciban ayuda económica del Fondo, no considerarán en sus presupuestos el monto de lo solicitado ni de lo obtenido por tal concepto, ayuda cuyo carácter de eventual precisa.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Dispone que se indique la finalidad específica de toda ayuda solicitada al Fondo por intermedio de su Consejo Superior, ayuda concedible únicamente si es indispensable, por no bastar a los fines propuestos los ingresos normales.

Determina que la Dirección General del Fondo controlará la aplicación justificable de las cantidades por éste otorgadas a la finalidad prevista.

AMPLIA EL ARTICULO 36 DEL REGLAMENTO DE LA LEY Nº 11672.
D. S. 23-2-53.

Amplía el Art. 36 del Reglamento de la Ley 11672 disponiendo que: los empleadores que se consideren acreedores a que, por equidad o justicia se les dispense de la multa a que alude la ley citada, podrán después de pagarla solicitar su exoneración a la Dirección General del Fondo Nacional de Salud Pública y Bienestar Social, la que podrá ordenar la devolución de la multa.

SOBRE OBRAS PUBLICAS DE CARACTER SANITARIO.
R. S. 23-2-53.

Determina el procedimiento según el cual debe entregarse al Fondo Nacional de Salud Pública y Bienestar Social el producto de las rentas destinadas por leyes especiales a obras de orden sanitario, en el caso de que tales obras sean transitoriamente financiadas por el Fondo, de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto Supremo de 22 de Enero de 1953 expedido por los ramos de Hacienda y Comercio y Salud Pública y Asistencia Social.

COMISION QUE REGLAMENTARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS BOTIQUINES DE LA UNION DE OBRAS DE ASISTENCIA SOCIAL.
D. S. 10-2-53.

Designa una Comisión que reglamentará el funcionamiento de los Botiquines de la Unión de Obras de Asistencia Social, Comisión cuyos miembros designa y que estará presidida por el Jefe de la División de Farmacia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La Comisión formulará el Reglamento prescrito en un plazo de 15 días y lo elevará al Supremo Gobierno para su aprobación.

LAS BOTICAS DE LOS HOSPITALES SOLO ATENDERAN RECETAS DE SU PROPIO PERSONAL.
R. S. Nº 39 "S. P." 5-3-53.

Regulariza la expedición de recetas que contienen fórmulas magistrales en establecimientos destinados a la asistencia de enfermos y tiende a evitar que el empleo de recetas en clave o bajo número convencional dificulte el tratamiento de los pacientes que abandonen los citados establecimientos.

RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA ASOCIACION MEDICA DEPARTAMENTAL DE LAMBAYEQUE.
R. S. Nº 47 "S. P." 23-3-53.

Reconoce oficialmente a la "Asociación Médica Departamental de Lambayeque", con sede en la ciudad de Chiclayo, y la cual regirá sus actividades con arreglo a los Estatutos presentados.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.
R. S. Nº 46 "S. P." 25-3-53.

Reconoce oficialmente a la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, con sede en Lima, y cuyas actividades se regirán con arreglo a los Estatutos presentados.

REALIZACION DEL PRIMER CONGRESO PERUANO DE SALUD PUBLICA.

R. S. Nº 48 "S. P." 25-3-53.

Autoriza al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a organizar el Primer Congreso Peruano de Salud Pública que se realizará en Lima del 6 al 14 de Noviembre de 1953.

Constituye el Comité Organizador del citado Congreso de Salud Pública presidido por el Director General de Salud Pública e integrado por los Directores de Sanidad de los Institutos Armados y del Ramo de Gobierno y Policía, el Director General de Asistencia Social y Hospitalaria, el Sub-Director de Salud Pública quien actuará ocmo Secretario General y un Delegado de cada una de las siguientes Instituciones: Caja Nacional de Seguro Social, Cuerpo Organizador del Seguro Social del Empleado y Sociedad Peruana de Salud Pública.

Dispone que el Comité Organizador formule el programa general según el cual ha de celebrarse el Congreso, y lo eleve al Ministerio del Ramo para su aprobación.

Trabajo y Asuntos Indígenas

REGLAMENTA EL PAGO DEL SALARIO DOMINICAL OBRERO.
D. S. Nº 1/53 D. T. 14-1º-53.

En las semanas que comprenden algunos de los feriados puntualizados en el artículo 13º de la ley Nº 10908, y a los que se refiere el artículo 6º del Decreto de 27 de abril de 1949, el salario dominical en el caso de los obreros que trabajan a destajo, será equivalente a la suma que resulte de dividir el salario semanal entre el número de días de trabajo efectivo.

El pago a que se alude procede sólo cuando el servidor hubiere cumplido en los días restantes de la semana con las prescripciones establecidas por la ley Nº 10908 y reglamentación vigente.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

Las disposiciones de carácter general que establece este Decreto no alteran las que se hubieren dictado por circunstancias especiales o de emergencia, que seguirán rigiendo mientras subsistan los motivos que dieron lugar a su expedición.

Quedan vigentes todas las normas sobre el salario dominical que no se opongan al presente decreto.

ESTABLECE UN SERVICIO ADICIONAL EN LA DIRECCION GENERAL DE TRABAJO.
R. S. Nº 2 D. T.

Establece en la Dirección General de Trabajo un servicio adicional al efectuado en ella diariamente, fija su horario y determina que será atendido rotativamente por el personal de la Dirección (empleados de las distintas Divisiones de ésta).

El jefe de División que esté a cargo de este servicio tendrá las facultades señaladas en el Decreto Supremo de 8 de Febrero de 1950.

La Dirección General de Trabajo propondrá la Reglamentación y dictará las providencias necesarias para el cumplimiento de esta Resolución.

NUEVO DIRECTOR GENERAL DEL TRABAJO.
R. S. Nº 1 "S. P." 29-1º-53.

Nombra al Teniente Coronel de la G. C., don Manuel Pérez Godoy, Director General de Trabajo en lugar de D. Santiago Salinas S.

DECLARA EN ESTADO DE REORGANIZACION LA DIRECCION GENERAL DE TRABAJO.
R. S. Nº 3 D. T. 12-2-53.

Declara en estado de reorganización la Dirección General de Trabajo; designa una Comisión que estudiará y presentará al Gobierno dentro del plazo de 90 días el proyecto de reorganización de la misma, considerando la necesidad de mejorar los servicios y la adopción de las medidas requeridas para abreviar trámites administrativos y realizar los propósitos sociales del Gobierno; dispone que dicha Comisión estará presidida por el Director General del Trabajo e integrada por el Sub-Director de ese Ministerio y los Jefes de las Divisiones de la mencionada Dirección; actuará como secretario de esta Comisión el de la Dirección General de Trabajo.

REPRESENTACION DE EMPLEADOS Y OBREROS Y DE EMPLEADORES.
D. S. Nº 2/53 D. T. 9-3-53.

Deroga el Decreto Supremo de 30 de Setiembre de 1948, declarándose en todo su vigor los artículos 43º y 54º del Decreto Supremo de 23 de Marzo de 1936, precisándose que la representación de los empleados y obreros como la de los empleadores deberá ser acreditada con trabajadores o empleadores que procedan del mismo centro de trabajo.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Justicia y Culto

LOS MUNICIPIOS PODRAN HACER DONACION GRATUITA AL ESTADO DE BIENES INMUEBLES DE SU PROPIEDAD.
Ley 9-1º-53.

Amplía el artículo 41 del Código Civil en el sentido que los Municipios de la República podrán hacer donación gratuita al Estado de bienes inmuebles de su propiedad que no sean de uso público, cuando esta tenga por finalidad construir o establecer locales escolares, cuarteles, hospitales, casas de tutela, cárceles u otras obras de carácter público o de interés social.

Las escrituras públicas de donación que se celebren de acuerdo con lo anteriormente prescrito servirán para la inscripción de dominio en los Registros Públicos, con sujeción a las leyes vigentes.

FIJA EL NUMERO DE NOTARIOS.
Ley Nº 11960. 16-1º-53.

Modifica el Art. 2º de la Ley de Notariado, disponiendo que: "El número de Notarios será fijada por la respectiva Corte Superior, sin que pueda exceder de cinco en las capitales de provincias; de ocho en las de Departamento o Provincia Litoral y de treinta en la capital de la República".

MODIFICA LAS LEYES Nos. 10887 Y 8385 SOBRE MUTUALIDAD JUDICIAL.
Ley Nº 11965. 8-1º-53.

Eleva a cien soles oro la cuota de ingreso; a treinta mil soles oro el auxilio mutual que debe entregarse a los beneficiarios y a treinta soles oro el monto de la cuota mensual ordinaria que abonará cada asociado; dispone que "Las Tesorerías Fiscales al pagar las pensiones correspondientes a los funcionarios Jubilados o Cesantes, descontarán de ellas obligatoriamente las cuotas mensuales que hasta ahora pagaban voluntariamente, y las remitirán al Banco Central de Reserva del Perú" determina que "Los asociados que manifiesten su deseo de separarse de la Asociación Mutualista Judicial, lo harán por carta notarial dirigida a la Presidencia de la Corte Suprema de la República".

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Prontuario de Jurisprudencia Social Peruana

BENEFICIOS SOCIALES: Seguro de vida.
Corte Suprema: 19-9-52.

No obstante haberse rescindido el contrato de empleo por abandono del trabajo, el empleador debe hacer entrega al servidor de la póliza de seguro a que está obligado a tomar si el tiempo de servicios excede de cuatro años.

SUELDO: Bonificaciones; Concepto.
Corte Suprema: 16-10-52.

1.—Las bonificaciones al sueldo de los servidores, establecidas por el Poder Ejecutivo, se satisfacen con los aumentos que se hayan otorgado y que no se deban a ascensos.

2.—La habitación y servicio doméstico que se otorga a un servidor, no son acumulables al sueldo.

BENEFICIOS SOCIALES: Irretroactividad.
Corte Suprema: 13-10-52.

Los servicios prestados antes de la promulgación de la Ley Nº 4916 no devengaron beneficios sociales y, en consecuencia, no es exigible su pago.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

CONTRATO DE EMPLEO: Terminación.
Corte Suprema: 13-10-52.

Se presume terminado el contrato de empleo en el Perú, si el servidor pasa a depender de otro empleador con sede en un Estado extranjero y no se acredita que haya sido contratado dentro del territorio nacional ni que su segundo principal dependa de su primer empleador y, en consecuencia, debe declararse sin lugar la demanda para el pago de beneficios con arreglo a la ley peruana.

CONTRATO DE TRABAJO: Efectos de la rescisión e interpretación de la ley 9463.
Tribunal del Trabajo: 21-11-52.

La aceptación de la reducción del salario por parte del servidor, no afecta los derechos adquiridos por servicios ya prestados y, en consecuencia, la rescisión del contrato de trabajo sólo puede determinar la pérdida de los beneficios sociales que le corresponderían por el segundo período de servicios, o sea el posterior a la reducción, conforme al espíritu de la Ley Nº 9463.

CONTRATO DE EMPLEO: Terminación.
Corte Suprema: 7-10-52.

Termina el contrato de empleo, si el principal abona los beneficios sociales respectivos y el servidor pasa a depender de un tercero, no obstante que el centro de trabajo haya sido simplemente arrendado a este último, quien asume las obligaciones correspondientes.

DETERMINACION DEL CONCEPTO EMPLEADO: Médico Oculista.
Corte Suprema: 4-10-52.

Es empleado el médico oculista que tiene obligación de atender diariamente, por cuenta del demandado, gran número de enfermos.

CONTRATO DE EMPLEO: Rescisión.
Corte Suprema: 5-12-52.

1.—El empleador puede pedir que judicialmente se declare la rescisión del contrato de empleo, por algunas de las causales establecidas por la Ley.

2.—La reiteración de cartas notariales por parte del empleador, haciendo cargos al servidor de contínuas faltas de asistencia y requiriéndole regularidad y puntualidad en el trabajo, no constituye hostilidad que ocasione rescisión del contrato de empleo, por culpa del principal; y el hecho de haberse dado el empleado por despedido intempestivamente, suspendiendo su asistencia al trabajo, importa abandono de éste con pérdida de los beneficios.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

JUZGADO DEL TRABAJO: Competencia.
Corte Suprema:

El Juzgado de Trabajo sólo es competente para conocer de las litis sobre los derechos acordados por la Ley Nº 4916 y sus ampliatorias.

PARTICIPACION DE LAS UTILIDADES: Procedencia.
Tribunal del Trabajo: 20-11-52.

Si durante la tramitación de la reclamación llega la oportunidad de formularse el balance y éste no es presentado ni es alegado por el principal la inexistencia de utilidades, es procedente el abono compensatorio de la participación en las utilidades.

CONTRATO DE TRABAJO: Variación de sus términos.
Tribunal del Trabajo: 20-11-52.

La variación de los términos del contrato de trabajo debe provenir del convenio de las partes, y su modificación unilateral por el principal, es causal de rescisión con pago de los beneficios sociales.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

Prontuario de Jurisprudencia Social Extranjera

ARGENTINA

ACCIDENTE DEL TRABAJO:
Culpa grave.—Uso del Calentador a nafta para preparar comida.—Quemaduras.—Responsabilidad patronal.
C. N. de Apel. del Trab.
Sala III: 21-VII-52.

El obrero que para preparar su comida, en el lugar del trabajo y a la hora destinada para ello, utiliza nafta para encender el fuego, falleciendo a consecuencia de quemaduras, no incurre en culpa grave eximente de responsabilidad del patrón, sino solamente comete una imprudencia, descuido, negligencia o desatención pues falta el elemento intencional y consciente que configura a aquella, procediendo por lo tanto, la indemnización por accidente.

CONTRATO DE TRABAJO:
Suspensión.
C. de Apel. del Trab.

El derecho a rechazar una suspensión que excede el plazo legal debe estar condicionado a un término prudencial, de modo que la actitud del empleado no resulte sorpresiva para el principal.

CONTRATO DE TRABAJO:
Pre-aviso.—Indemnización por falta de pre-aviso.
Sueldo anual complementario.
C. N. Trab.—Sala II: 7-11-52.

1º.—La indemnización por omisión del pre-aviso debe liquidarse de acuerdo a la retribución percibida en el último mes normalmente trabajado, e inclusive conforme al promedio de los últimos meses, cuando

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

circunstancias especiales —diferencias fundamentales por la forma de retribución, asistencias— lo justifican.

2º—Para determinar el promedio de la retribución, a los efectos de calcular el monto de la indemnización por falta de pre-aviso, se imputa el sueldo anual complementario, proporcionalmente devengado.

CONTRATO DE TRABAJO:
Accidentes y enfermedades inculpables.
Aviso al empleador: Vacaciones.
C. N. Trab.: 4-11-52.

1º—Tiene derecho a los salarios de enfermedad, el trabajador que cumpla con los dos requisitos imprescindibles, de dar aviso oportuno y justificar fehacientemente su imposibilidad de actuar, pudiendo acreditarse este último extremo al formular la reclamación, sin que pueda exigírsele la remisión de certificado médico, no impuesto legalmente.

2º—El derecho a los salarios de enfermedad, existe aunque ésta ocurra durante el período de licencia, desde que el contrato de trabajo rige, en tal circunstancia, con pleno vigor.

CONTRATO DE TRABAJO:
Justa causa de despido: Injuria.
C. N. Trab. Sala II. 11-9-52.

Los profesionales médicos que sustituyen al empleador en las funciones de controlar la enfermedad de sus trabajadores, merecen la consideración y el respeto inherentes a su condición de tales, como cualquier integrante del personal superior de la empresa. En consecuencia, la falta de respeto que implica la inconducta observada en la emergencia, —con alteración del orden e insultos al director del policlínico— traducen una injuria grave a los intereses del principal, que justifica el despido.

CONTRATO DE TRABAJO:
Variaciones del contrato.—Ensayo de las nuevas condiciones.
C. N. Trab. Sala II. 27-11-52.

1º—Importa injuria el traslado a otro establecimiento, si no se garantiza previamente ni la integridad del salario ni la continuación del mismo horario, cuya alteración es susceptible de acarrear perturbaciones en el régimen de comida, descanso u otros cambios que representan valores de igual jerarquía moral.

2º—No es condición indispensable para que se configure la injuria, en los casos de variación de las condiciones de trabajo, que el trabajador dé previo asentimiento al cambio dispuesto.

BRASIL

DESPEDIDA SIN JUSTA CAUSA:
Empleado con más de 9 años de servicios.
Tribunal Superior de Trabajo.
Proceso 1229.

Un empleado con más de nueve años y seis meses de vigencia del contrato de trabajo, despedido sin justa causa, tiene derecho a doble indemnización.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

SERVICIO MEDICO EVENTUAL:
Tribunal Superior del Trabajo.
Proceso 1177.

Los servicios médicos de naturaleza eventual no caracterizan a la relación de empleo.

SUSPENSION DE JUICIO:
Tribunal Regional de Trabajo: VI Región.
Proceso Nº 127.

El Juez de Trabajo está facultado para suspender un juicio de reclamación, hasta el pronunciamiento de la Justicia Criminal.

RESCISION CONTRACTUAL:
Tribunal Regional de Trabajo: VI Región.
Proceso Nº 224.

No estando probada la rescisión contractual, debe determinarse la vuelta del empleado, a su respectivo cargo, sin derecho a los salarios atrasados.

DESPEDIDA: Justa Causa.
Tribunal Regional de Trabajo: VI Región.
Proceso 71.

Forzoso es probar la justa causa, para despedir a un empleado en víspera de completar su período de estabilidad, si no la despedida es un acto ilegal.

CHILE

CITACION A TESTIGOS:
Tribunal del Trabajo.

Los jueces del Trabajo deben explicar y fundar la resolución, que niegue lugar a la citación de los testigos de las partes respectivas.

NOTIFICACION DE LA DEMANDA:
Tribunal del Trabajo.

Tratándose de una sociedad en liquidación la demanda debe ser dirigida y notificada a sus liquidadores, quienes, de acuerdo con la ley, la representan legalmente en todos los juicios.

BENEFICIO DE SEMANA CORRIDA:
Tribunal del Trabajo.

No pierde necesariamente el derecho al pago de la semana corrida por todos los domingos y festivos del respectivo mes calendario, el obrero que falte más de cuatro horas en una de las semanas de dicho mes.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Leyes, Decretos y Resoluciones

CREACION DEL CONSEJO DE SALUD MENTAL

DECRETO LEY Nº 11272

EL PRESIDENTE DE LA JUNTA MILITAR DE GOBIERNO.

POR CUANTO:

La Junta Militar de Gobierno ha dado el siguiente Decreto Ley;

LA JUNTA MILITAR DE GOBIERNO

CONSIDERANDO:

Que es necesario conocer el verdadero coeficiente de morbilidad mental existente en el País, no sólo en su aspecto estadístico cuantitativo sino también en cuanto a su distribución, irradiación y frecuencia en relación con nuestros factores geográficos, etnológicos y biosociales;

Que para el mejor desarrollo del plan hospitalario nacional que se propone ejecutar la Junta Militar de Gobierno es imprescindible conocer los diversos grupos patológicos que requieren asistencia en centros especializados;

Que los desórdenes y perturbaciones mentales están ampliamente difundidos en el país a tal extremo que, según cálculos indirectos, existen más de quince mil enfermos de la mente que requieren hospitalización; y muchos miles más que necesitan vigilancia y tratamiento médico dispensarial para la recuperación de su salud o su readaptación a las condiciones socio culturales, en que deban desenvolverse; y

Que es conveniente procurar el mantenimiento de la salud mental de la población y coordinar los esfuerzos que tiendan a dicha finalidad;

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

En uso de las facultades de que está investida;

DECRETA:

Artículo 1º—Centralícese en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, todo cuanto se refiera a la profilaxis y tratamiento de los desórdenes mentales, y demás medios que sean indispensables para elevar la salud anímica de la colectividad.

Artículo 2º—Créase un organismo que se denominará Consejo de Salud Mental, el que estará integrado por técnicos de reconocida competencia.

Artículo 3º—La asistencia psiquiátrica comprenderá no sólo la profilaxis y la asistencia médica o quirúrgica de los enfermos de la mente y de los toxicómanos, sino también la asistencia legal de los enfermos y el cuidado de la población sana.

Artículo 4º—Adiciónese a las disposiciones del artículo 555º del Código Civil, el siguiente inciso:

8º "los toxicómanos".

y al artículo 584, el siguiente párrafo:

b).—"será también provisto de un curador el que por uso de drogas estupefacientes se exponga o exponga a su familiar a caer en la miseria y necesite asistencia permanente o amenace la seguridad ajena".

Artículo 5º—Amplíese el artículo 13º del Decreto Ley Nº 11005 en el sentido de que el Jefe del Departamento de Sanidad Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social integrará el Consejo Nacional Ejecutivo contra el Tráfico de Estupefacientes.

Artículo 6º—El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social queda encargado de reglamentar el presente Decreto Ley.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los veinte días del mes de enero de mil novecientos cincuenta.

General de Brigada Manuel A. Odría, Presidente de la Junta Militar de Gobierno.

General de Brigada Zenón Noriega, Ministro de Guerra.

Contralmirante Roque A. Saldías, Ministro de Marina.

General de Brigada Armando Artola, Ministro de Trabajo y Asuntos Indígenas.

General C.A.P. José Villanueva, Ministro de Aeronáutica.

Contralmirante Ernesto Rodríguez, Ministro de Relaciones Exteriores.

General de Brigada Emilio Pereyra, Ministro de Hacienda y Comercio.

Coronel Juan Mendoza, Ministro de Educación Pública.

Coronel Alberto López, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social.

Coronel Alberto León Díaz, Ministro de Agricultura.

Teniente Coronel Augusto Romero Lovo, Ministro de Justicia y Culto.

Teniente Coronel Augusto Villacorta, Ministro de Gobierno y Policía.

Teniente Coronel José del C. Cabrejo, Ministro de Fomento y Obras Públicas.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

POR TANTO:

Mando se imprima, publique y circule y se le dé el debido cumplimiento.

Lima, 20 de Enero de 1950.
MANUEL A. ODRIA.

A. López.

REGLAMENTO DE LA LEY Nº 11272

DECRETO SUPREMO Nº 206—"SP"

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA
CONSIDERANDO:

Que conviene reglamentar adecuadamente la ley Nº 11272 para que los objetivos y propósitos que inspiraron su dación, en cuanto concierne a la higiene mental, se cumplan dentro de los principios que informan esa disciplina especializada de la sanidad; y,
Oído el parecer del Director General de Salud Pública;

DECRETA:
Apruébase el siguiente

Reglamento de la Ley Nº 11272, relativa a Higiene Mental.

CAPITULO I

Del Departamento de Sanidad Mental

Art. 1º)—Créase en la Dirección General de Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Departamento de Sanidad Mental, en el que se centralizará toda actividad que se refiera a la profilaxis y el tratamiento de los desórdenes mentales y a la conservación y el mejoramiento de la salud anímica de la colectividad.
Dicho Departamento tendrá jerarquía de División conforme a la actual estructura de la Dirección General de Salud Pública.

Art. 2º)—El Departamento de Sanidad Mental —en lo que respecta a al práctica de la psiquiatría social— tendrá por objetivos:

a)—el fomento, con criterio técnico, de la prevención y la asistencia de los desórdenes psiquiátricos y de la conservación y el mejoramiento de la salud mental ,a través de la acción de la Salud Pública;
b)—el fomento y el desarrollo de las instituciones especializadas;
c)—la investigación científica;
d)—la educación del público en materia de higiene mental;

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

e)—la formación y el mantenimiento del respectivo servicio de estadística; y,

f)—garantizar jurídicamente la libertad individual y preservar la vida y los intereses de la sociedad, con arreglo a las prescripciones del Código Civil y del Código de Procedimientos Civiles.

Art. 3º)—El Departamento de Sanidad Mental efectuará investigaciones relacionadas con los problemas que inciden en el mejoramiento de la salud mental de las poblaciones, así como con las causas de los desórdenes psiquiátricos; y procurará la coordinación de todas las actividades que concurran a dicho mejoramiento.

Art. 4º)—El mismo Departamento mantendrá estrecha relación con los servicios de asistencia y de higiene mental dependientes de otras reparticiones públicas, o de instituciones nacionales, para conocer el coeficiente de morbosidad mental que existe en el país, su distribución, extensión y frecuencia en función de los factores geográficos, etnológicos y biológicos; y para conocer, asimismo, los diversos grupos patológicos que requieran asistencia hospitalaria en servicios especiales y aquellos otros que puedan beneficiarse con tratamiento ambulatorio.

Art. 5º)—El Departamento de Sanidad Mental contará con las secciones que requiera el cumplimiento de los objetivos señalados en el Art. 2º de este Reglamento y su funcionario responsable —que lo será el Jefe del Departamento de Sanidad Mental— velará por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la ley Nº 11272 y en el presente Reglamento y de los acuerdos del Consejo de Sanidad Mental.

Art. 6º)—El Jefe del Departamento de Sanidad Mental integrará el Consejo de Sanidad Mental en calidad de Secretario, con derecho a voz y voto en las deliberaciones.

Art. 7º)—Para ser Jefe del Departamento de Sanidad Mental se requiere llenar los requisitos exigidos por el Reglamento y Estatuto del Servidor Civil y tener no menos de 10 años de servicios profesionales en la especialidad y en establecimiento público para enfermos mentales.

CAPITULO II

Del Consejo de Sanidad Mental

Art. 8º)—Habrá un Consejo de Sanidad Mental, previsto por la ley, cuyas funciones serán:

a)—señalar, en forma concreta, cuál debe ser la organización de los servicios de higiene mental en el país, de acuerdo con la ley Nº 11272, ya sean de carácter público, ya sean de carácter particular o privado;

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

b)—proponer al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social los proyectos que estime conveniente para la reforma, el adelanto y la creación de servicios de asistencia psiquiátrica y de higiene mental; e informar acerca de los proyectos y demás asuntos que el Ministerio citado tenga a bien someter a su consideración;

c)—absolver las consultas que, para el mejor cumplimiento de sus funciones, le formule el Jefe del Departamento de Sanidad Mental;

d)—informar en los planos de construcción de establecimientos para la apertura y el funcionamiento de instituciones o servicios públicos y privados de asistencia psiquiátrica y de higiene mental;

e)—supervigilar el régimen de asistencia pública y privada de los enfermos mentales, pudiendo requerir a las personas interesadas o, en su caso, al Ministerio Fiscal, para que pidan la interdicción del incapaz y para que provea lo conveniente en orden a la seguridad de sus bienes;

f)—conocer de las denuncias referentes a internaciones indebidas de enfermos, o de maltratos inferidos, así como referentes a enfermos abandonados o mal atendidos; pudiendo dictar al efecto las providencias que el caso requiera, sin perjuicio de gestionar que se inicien las acciones correspondientes a que hubiere lugar;

g)—pedir la clausura temporal o definitiva de cualquier establecimiento que, a su juicio, no funcione de acuerdo con las prescripciones reglamentarias y el progreso de la psiquiatría; y

h)—proponer el nombramiento de inspectores médicos psiquiátricos.

Art. 9º)—Los miembros del Consejo de Salud Mental serán técnicos de reconocida competencia; su número no excederá de siete, incluyendo al Jefe del Departamento de Sanidad Mental; su designación la hará el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social y durarán tres años en el ejercicio de sus funciones, excepto el Jefe del citado Departamento, quien estará sujeto al régimen común de los servidores públicos.

Art. 10º)—El cargo de miembro del Consejo de Salud Mental es honorífico y vaca por fallecimiento, por renuncia o por inasistencia a seis sesiones consecutivas, salvo en caso de enfermedad.

Art. 11º)—El Consejo designará su presidente, formulará su reglamento interno y celebrará sesiones ordinarias conforme a éste y, extraordinarias, cuando sea convocado por el Ministro de Sanidad Pública y Asistencia Social.

Art. 12º)—Los miembros del Consejo de Salud Mental percibirán, por concepto de honorarios, la cantidad de cincuenta soles oro por cada sesión a que concurran, limitándose la retribución a tres sesiones al mes.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

CAPITULO III

De la prevención y de la asistencia psiquiátrica en general

Art. 13º)—Para mantener la salud mental de la colectividad y coordinar los esfuerzos tendientes a conseguirla; y para la mejor asistencia de enfermos mentales, se considerará indispensable la cooperación de:

a)—hospitales o servicios especiales en nosocomios comunes;
b)—colonias;
c)—granjas;
d)—dispensarios o clínicas de higiene mental;
e)—servicios sociales;
f)—asistencia famiilar;
g)—establecimientos o servicios especiales en hospitales para enfermos mentales dependientes del Poder Judicial;
h)—servicios psiquiátricos en los Tribunales de Justicia;
i)—servicios de higiene mental en centros de enseñanza;
j)—servicios de higiene mental en la industria;
k)—servicios, establecimientos o escuelas especiales para deficientes mentales;
l)—clínicas de hábitos;
m)—clínicas de orientación de la niñez;
n)—clínicas de orientación de la vejez;
ñ)—clínicas de orientación de la adolescencia;
o)—servicios de psiquiatría infantil;
p)—servicios de psiquiatría en las fuerzas armadas;
q)—servicios de psiquiatría en los presidios;
r)—servicios especiales para los narcómanos;
s)—servicios especiales para alcohólicos;
t)—servicios especiales para epilépticos;
u)—centros de investigación científica.

Art. 14º)—Los enfermos mentales serán atendidos o asistidos:

a)—en su domicilio o en casa particular;
b)—en establecimientos privados destinados a ese objeto; o,
c)—en establecimientos públicos especiales.

Art. 15º)—Cuando los enfermos mentales sean peligrosos para sí mismos o para los demás, serán aislados necesariamente en establecimiento público o privado.

Art. 16º)—La asistencia de enfermos mentales en establecimientos público será solicitada:

a)—por el enfermo;
b)—por sus parientes o representantes legales;
c)—por las autoridades judiciales o de policía;
d)—por los Médicos Directores de hospitales; o,
e)—por cualquiera persona, siempre que presente exposición documentada acerca de la peligrosidad del enfermo, de su abandono, o de mal tratamiento.

Art. 17º)—El enfermo mental que no esté debidamente atendido o cuidado en su domicilio, será confiado por el Consejo de Salud Mental a persona distinta de la que estuvo asistiéndole, o al régimen de asistencia en establecimiento público o privado.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

De la asistencia famiilar

Art. 18º)—El Departamento de Salud Mental alentará el establecimiento de la denominada "asistencia familiar" en las formas de "Colonia anexa" y de "establecimiento héterofamiliar-individual", para restringir en cuanto fuere posible la construcción de pabellones destinados a enfermos crónicos, tranquilos o inofensivos. El Consejo de Salud Mental propondrá la reglamentación en orden a dicha asistencia.

De la asistencia de enfermos mentales en establecimientos particulares

Art. 19º)—Para los efectos de este Reglamentc, se considera establecimientos particulares:

a)—las casas de salud;
b)—los sanatorios; y,
c)—las clínicas,
especialmente destinadas a la asistencia de enfermos mentales siempre que siendo de propiedad particular, reúnan condiciones materiales adecuadas, dispongan de equqipo médico necesario y estén dirigidos por médicos psiquiatras auxiliados por personal especializado, de conformidad con el reglamento qque prepare el Consejo de Salud Mental referente a la función de dichas instituciones, las mismas que requerirán para su funcionamiento el informe favorable del citado Consejo.

Art. 20º)—Para el ingreso de enfermos mentales en establecimiento particular deberá ser presentada al Médico-Director, en cada caso, una solicitud en que se indique: nombre, profesión, estado civil, edad, nacionalidad y domicilio de la persona que firme la solicitud, así como del enfermo cuya admisión se solicite, indicando la clase de relación que vincula a ambos.

Art. 21º)—En todo establecimiento particular se llevará un registro, mantenido al día, en que constará la historia clínica de cada enfermo. El registro estará a disposición del Consejo de Salud Mental.

De los establecimientos públicos

Art. 22º)—Para los efectos de este Reglamento se considera establecimientos públicos los que son sostenidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y por las Sociedades Públicas de Beneficencia. Dichos establecimientos estarán dirigidos por médico psiquiatra, quien asumirá responsabilidad directa en la marcha técnico-administrativa del establecimiento.

La asistencia de enfermos mentales en establecimientos públicos se hará en:

a)—hospitales especiales o servicios de neuropsiquiatría incluídos en hospitales comunes;
b)—colonias;
c)—dispensarios de higiene mental;
d)—clínicas de psiquiatría infantil;

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

e)—clínicas de hábitos;
f)—clínicas de orientación de la niñez;
g)—clínicas de orientación de la adolescencia;
h)—clínicas de orientación de la vejez;
i)—instituciones o servicios especiales para la infancia mentalmente enferma;
j)—granjas;
k)—establecimientos o servicios especiales para epilépticos;
l)—establecimientos o servicios especiales para alcohólicos; y,
m)—establecimientos o servicios especiales para narcómanos;

servicios e instituciones que corresponden a las diversas formas de asistencia y permitirán la hospitalización precoz de adultos y menores y su tratamiento ambulatorio; la prevención de desórdenes psiquiátricos; la investigación y la educación del público.

Art. 23º)—Todo establecimiento o servicio público destinado a cumplir los objetivos de que se ocupa la ley Nº 11272, reunirá las condiciones materiales necesarias y dispondrá de personal y equipo suficientes que le permitan llenar debidamente sus funciones.

En el reglamento que formule el Consejo de Salud Mental se determinará los detalles relacionados con la organización que corresponda a cada establecimiento o servicio público.

Art. 24º)—Los hospitales públicos para enfermos dispondrán de servicios de medicina y cirugía general y de especialidades; y, además del personal de médicos psiquiatras y otros especialistas, de enfermeras, enfermeros, asistentas sociales, laborterapeutas, etc., contarán con servicios de psicólogos, odontólogos, farmacéuticos y otros, incluyendo personal administrativo que requiera la más conveniente atención médica.

Art. 25º)—los mismos establecimientos contarán con los servicios, equipos e instalaciones que permitan establecer la clasificación y el tratamiento de los enfermos, conforme a sus necesidades individuales, además de los servicios de órden médico-quirúrgico que estarán equipados como en los hospitales comunes.

Art. 26º)—Los referidos establecimientos dispondrán, también, de servicio social y dispensario de higiene mental.

Art. 27º)—Las solicitudes de admisión se presentarán por escrito al Médico Director acompañando documentos que acrediten la filiación del enfermo, su estado civil, nacionalidad y domicilio; y certificado médico que atestigüe la existencia de la enfermedad mental y la necesidad de tratar al enfermo en establecimiento público.

Art. 28º)—La certificación médica se referirá a examen del enfermo a lo más veinte días antes del de admisión; y el facultativo que la expida no deberá ser pariente o guardador, ni tener interés patrimonial alguno respecto del enfermo.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Art. 29º)—La familia o cualquiera persona que tenga a su cargo enfermo mental indigente, podrá solicitar los servicios profesionales de los médicos sanitarios, legistas o del Servicio Nacional de Primeros Auxilios, para obtener gratuitamente el certificado de internación. Dichos servidores públicos se constituirán, si fuere necesario, en el domicilio del enfermo.

Art. 30º)—En caso de urgencia, o cuando el retardo en los trámites de admisión pueda ser perjudicial al enfermo o entrañe peligro para quienes conviven con él podrá ser admitido inmediatamente, sin perjuicio de que en el plazo de los 10 días subsiguientes al de admisión, se cumpla los trámites respectivos.

Art. 31º)—Cuando un enfermo se presente personalmente para su admisión, bastará para que ésta sea concedida, que acredite su identidad personal; debiendo el Médico-Director comunicar el hecho a la familia del solicitante, si fuere posible inmediatamente.

Art. 32º)—El enfermo que ingrese en establecimiento público, será colocado en servicio especial de Admisión y Observación a cargo del Médico-Director. El período de observación no será mayor de treinta días; y si debiera continuarse la asistencia, el enfermo será enviado al servicio que corresponda. El número de enfermos estará limitado por la capacidad del hospital o del servicio correspondiente en que deba recibir asistencia.

En los servicios de neuropsiquiatría de hospitales comunes los enfermos podrán entrar libremente y estar hasta 90 días y sólo se admitirá casos nuevos o agudos.

Enfermos mentales dependientes del Poder Judicial

Art. 33º)—Se denomina enfermos mentales dependientes del Poder Judicial a los delincuentes así calificados por decisión judicial y que sean enfermos mentales, a los que por su estado peligroso fuesen sometidos a medidas de seguridad y a los condenados a penas privativas de la libertad que, durante la ejecución de su condena, fueren atacados de enfermedad mental.

Esos mismos enfermos serán atendidos en establecimientos especiales o en servicios especiales separados, en hospitales para enfermos mentales.

Art. 34º)—La autoridad judicial respectiva ordenará la asistencia en establecimiento público del condenado que fuese atacado de enfermedad mental durante su condena.

Art. 35º)—Durante la investigación judicial contra un enfermo mental, o contra el que presente síntomas graves de enfermedad mental, ordenará el juez su custodia en establecimiento público o en servicio especial de asistencia de enfermos mentales; pero si no resultare méritos para someter al enfermo a medidas de seguridad, antes de cesar su custodia, se oirá al Médico-Director del establecimiento acerca del estado mental del encausado y, con lo que aparezca del informe, se dispondrá que continúe su asistencia o que sea puesto en libertad.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Art. 36º)—Ningún enfermo mental podrá salir del establecimiento o servicio especial en que hubiere sido internado por orden judicial, sin que la misma autoridad disponga la cesación de tal medida.

Art. 37º)—El Médico-Director del establecimiento especial o el Médico Jefe del Servicio especial deberán informar por conducto regular a la autoridad judicial respectiva cuando hubiere sido curado el enfermo.

Art. 38º)—Antes de que sea ordenada la libertad de un enfermo mental dependiente del Poder Judicial se pedirá informe al Médico-Director del establecimiento donde se asiste, acerca de las posibilidades de recidiva de la enfermedad mental, de la peligrosidad del enfermo y de las medidas que deba tomarse para evitar una u otra eventualidad.

De la salida de enfermos mentales de establecimientos públicos

Art. 39º)—La salida de enfermos, o su "alta" de un establecimiento público, puede ser definitiva o provisional. Es definitiva cuando se otorga porque ha dejado de ser necesaria la permanencia del enfermo en el establecimiento según opinión del Médico Jefe del Servicio en que reciba asistencia. La salida provisional puede ser autorizada por el Médico-Director, previo informe del Médico Jefe del Servicio en que recibe asistencia el enfermo, a solicitud de sus parientes o representantes legales, o de persona de garantía, con el compromiso de prestarle la asistencia y los cuidados que su estado requiera. Toda salida provisional se considerará definitiva si después de tresm eses de haber sido concedida, el enfermo no regresa al establecimiento. Dentro de este término el enfermo podrá reingresar en el establecimiento sin llenar ninguna formalidad; pero pasado el término, será necesaria nueva solicitud de admisión.

Art. 40º)—Cuando una persona autorizada por la ley solicite la salida de un enfermo para colocarle en otro establecimiento o para asistirle en su domicilio y la solicitud fuere negada por la Dirección del establecimiento, podrá acudir al Consejo de Salud Mental, acompañando informe médico acerca del estado del enfermo y de las causas que motivan su traslación o asistencia familiar.

Art. 41º)—El Consejo de Salud Mental no permitirá la salida de un enfermo sujeto a asistencia pública sin que se garantice la continuidad de la asistencia y la seguridad del enfermo, si fuere peligroso.

Art. 42º)—Los enfermos cuyo ingreso se efectúe voluntariamente, pueden salir también por propia determinación, siempre que el curso de la enfermedad no haga recesario prolongar su permanencia en el establecimiento. En tal caso, el Médico Director del establecimiento cuidará de avisar a la familia, al apoderado o al representante legal del enfermo.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Art. 43º)—La salida de un enfermo puede ser concedida a la persona que solicitó el ingreso, recabando de ésta una constancia de que se hace responsable de las consecuencias de sacar prematuramente al enfermo, aún en el caso de que éste se halle en condiciones que hagan necesaria su permanencia en el establecimiento. Si el enfermo fuere peligroso, el Médico Jefe del Servicio evitará la salida del enfermo hasta que se informe del hecho al Médico-Director del establecimiento y, a través de él, al Jefe del Departamento de Sanidad Mental.

Art. 44º)—Cuando un enfermo esté en condiciones de ser dado de alta y no es recogido por la familia, o carece de personas que se interesen por él, el Médico Jefe del Servicio informará al Médico-Director del establecimiento y éste al Jefe del Departamento de Sanidad Mental.

Art. 45º)—El Médico-Director de cualquier establecimiento público comunicará al Jefe del Departamento de Sanidad Mental, dentro del término de la distancia, las evasiones, los suicidios y los accidentes graves de los enfermos del establecimiento a su cargo.

CAPITULO IV

De la asistencia de toxicómanos

Art. 46º)—La asistencia de alcohólicos y de narcómanos se hará en establecimientos o servicios especiales.

Art. 47º)—Queda prohibido el tratamiento ambulatorio o a domicilio de las personas que sufren de toxicomanía producida por el uso del opio y sus derivados, de la cocaína y de los barbitúricos.

Art. 48º)—Los toxicómanos a que se refiere el artículo anterior estarán sujetos a curatela en la forma que, para otros casos, establecen los artículos 555 y 584 del Código Civil.

CAPITULO V

Del personal médico-psiquiátrico

Art. 49º)—Establécese los siguientes requisitos para el desempeño del cargo de Médico-Director de hospital para enfermos mentales:

a)—nacionalidad peruana;
b)—posesión de título válido para el ejercicio profesional en el país;
c)—acreditar diez años, como mínimun, de ejercicio como Jefe de Servicio de la especialidad psiquiátrica;
d)—aprobación en oposición a concurso de méritos y servicios.

Art. 50º)—Establécese los siguientes requisitos para el desempeño del cargo de Médico Jefe de Servicio de hospital para enfermos mentales:

a)—nacionalidad peruana;

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

b)—posesión de título válido para el ejercicio profesional en el país;
c)—acreditar cinco años, como mínimun, de ejercicio como Médico Asistente en servicio de la especialidad psiquiátrica; o,
d)—ser Médico Jefe de Pabellón; y,
e)—aprobación en oposición a concurso de méritos y servicios.

Art. 51º)—Los médicos asistentes con más de cinco años de servicios, que se hayan distinguido por su dedicación y trabajos científicos, podrán ser nombrados Jefes de Pabellón, a propuesta del Médico-Director del establecimiento.

No habrá más de un Médico Jefe de Pabellón en cada servicio psiquiátrico.

Art. 52º)—Establécese los siguientes requisitos para el desempeño del cargo de Médico Asistente de servicio psiquiátrico:

a)—nacionalidad peruana;
b)—posesión de título válido para el ejercicio profesional en el país;
c)—haber demostrado vocación por la especialidad; y
d)—ser propuesto por el Médico-Director, de acuerdo con el Médico Jefe del servicio respectivo.

Del personal médico auxiliar

Art. 53º)—Para ser Médico Jefe de Servicio Auxiliar en hospital para enfermos mentales, se requiere, además de la ciudadanía peruana y de la posesión del título para ejercer la profesión en el país, comprobar un mínimun de cinco años de dedicación a la especialidad que cultiva y ser aprobado en concurso de méritos y servicios.

Art. 54º)—Los médicos Aisistentes de Servicios Auxiliares comprobarán su vocación por la especialidad y su nombramiento se hará a propuesta del Médico Director, de acuerdo con el Médico Jefe del Servicio respectivo.

Art. 55º)—Los Médicos asistentes libres de cualquier servicio serán admitidos previa autorización del Médico Director del establecimiento y estarán sujetos a los reglamentos pertinentes.

Art. 56º)—En la admisión por concurso y, en general, en cualquier nombramiento de personal médico, se tendrá en cuenta la solvencia moral de los profesionales, además de su competencia técnica.

CAPITULO VI

Del Instituto de Higiene Mental

Art. 57º)—El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social creará el Instituto de Higiene Mental, que funcionará como Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Lima y será el organismo técnico del Consejo de Salud Mental.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Art. 58º)—El Instituto de Higiene Mental tendrá las siguientes finalidades:
a)—asistencia a número limitado de enfermos agudos;
b)—asistencia de enfermos que convengan para fines de investigación científica;
c)—formación de personal médico especializado;
d)—formación de personal técnico auxiliar para establecimientos públicos y privados;
e)—formación de funcionarios especializados en higiene mental para los servicios de Salud Pública.

Art. 59º)—El Instituto de Higiene Mental funcionará de acuerdo con el Reglamento interno que propondrá el Consejo de Salud Mental y apruebe el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

DISPOSICIONES GENERALES

Art. 60º)—Todo hospital común tendrá servicio de neuro-spiquiatría, servicio social y dispensario de higiene mental.

Art. 61º)—Los enfermos mentales no serán depositados en prisiones ni conducidos a los establecimientos de asistencia junto con los condenados o encausados.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera)— El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social establecerá de inmediato un plan para la erección de hospitales regionales para enfermos mentales y para la preparación del personal médico y técnico auxiliar necesario, a fin de iniciar el programa de salud mental a que se refiere la ley Nº 11272.

Segunda)— En tanto el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social dé cumplimiento al artículo 57º de este Reglamento, el Hospital "Víctor Larco Herrera" servirá de centro para la preparación del personal a que se refiere la precedente disposición transitoria; debiendo dotarle de las obras y elementos materiales indispensables para que pueda llenar debidamente esa función y asegurando el sostenimiento del servicio respectivo.

Art. 62º)—derógase el Decreto Supremo de 30 de Junio de 1950 y demás disposiciones que se opongan al cumplimiento del presente.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los catorce días del mes de octubre de mil novecientos cincuenta y dos.

MANUEL A. ODRIA.

Luis N. Sáenz.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

INFORMACIONES SOCIALES



Año VIII Abril - Mayo - Junio 1953 No. 2

Publicación Trimestral de la
Caja Nacional de Seguro Social del Perú

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

INFORMACIONES SOCIALES

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

2

Año VIII Abril - Mayo - Junio 1953 Nº 2

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

S U M A R I O

No. 2

	Pág.
Financiación de los Seguros Sociales a largo plazo	3
La Malaria en el Valle de Cañete	12
Modalidad de Trabajo Agrícola en la zona de Arequipa	28
Rehabilitación de Enfermos Tuberculosos	33
Boletín Institucional	40
Información Nacional	56
Información Extranjera	68
Legislación Social Peruana	82
Prontuario de Jurisprudencia Social Peruana	86
Prontuario de Jurisprudencia Social Extranjera	89

AÑO VIII Abril-Mayo-Junio 1953 Nº 2

PUBLICACION TRIMESTRAL

Redacción y Administración

CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

Departamento de Investigaciones Sociales

Av. Nicolás de Piérola Nos. 300 - 312 - 324

Casilla Nº 1311

LIMA PERU

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

FINANCIACION DE LOS SEGUROS SOCIALES

A LARGO PLAZO

Por el Prof. Dr. JOSE GONZALES GALE

I

Tenemos el agrado de ofrecer a nuestros lectores, el siguiente artículo original: "Financiación de los seguros sociales a largo plazo", del reputado profesor doctor José González Galé.

Mencionar el nombre del autor, nos releva de la necesidad de presentarlo: maestro universitario, autor, publicista y consejero actuarial, su nombre y su obra, llenan ya un ancho ámbito de ejecuciones en el campo de la seguridad social.

En el presente trabajo, vuelve sobre un tema predilecto, y que pese a largas polémicas, conserva actualidad e interés.

"Informaciones Sociales", encuentra así, gracias a la gentileza del consagrado técnico, nuevas bases de prestigio que la enaltecen y honran, facilitándole el más cabal cumplimento de su rol de difusión del pensamiento de destacados especialistas en nuestras disciplinas.

Reiteramos nuestro hondo y sincero reconocimiento al doctor José Gonzáles Galé.

Se debate en estos días cómo debe ser financiado un sistema de seguros sociales y, ante el estupor de muchos, vuelve a plantearse la cuestión de si es o no lícito adoptar el sistema del **reparto — el pay as you go**, de los americanos del norte —, en lugar de la capitalización. Y ese estupor sube de punto, se convierte en escándalo, cuando algún actuario serio y reputado tiene el atrevimiento de apoyar — a falta de mejor solución — la que brinda ese sistema: el del odioso y odiado **amillaramiento.**

Y es que, en nuestros bellos países de la América del Sud —de Ibero América, fuera mejor decir —hemos confundido, desde el primer momento, dos cosas que son completamente distintas: los sistemas jubilatorios, garantizados por una caja **especial** —del estado o privada, eso no hace al caso, y las pensiones de vejez o invalidez que brinda el seguro— la **seguridad**, si se prefiere—social.

Una caja **limitada, cerrada** de jubilaciones — y entiendo por **limitada o cerrada** el hecho de que no comprende entre sus afiliados sino a una **parte reducida** de la población general — recauda de cada asociado una determinada cotización y acumula los fondos así reunidos para hacer fren-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

te, luego, a los beneficios **futuros** prometidos a los actuales cotizantes. En tales condiciones, el valor actual de los ingresos **previstos** debe, **en conjunto**, equilibrar el valor actual de los **beneficios prometidos** como contrapartida. Sólo de ese modo se asegura la continuidad de las prestaciones, y —si llega el caso— la liquidación del **fondo** sin perjuicio para nadie. No hay ningún actuario consciente que no subscriba cuanto queda dicho. Pero ¿las pensiones del seguro —de la **seguridad** social—, son equiparables a las de una caja de Jubilaciones? No lo son y, en confundir unas con otras, estriba el error. Error que muchos cometen a sabiendas porque, como los sistemas jubilatorios ibero americanos son mucho más generosos de lo que puede serlo el seguro social, hacer pasar aquéllas por éstas favorece sus conveniencias: de orden **material**, si se trata de un presunto beneficiario; de orden psicológico, cuando el interesado es un político que se proclama defensor de los económicamente débiles. Con esas tácticas confusionistas se ha cerrado el paso, hasta hoy —en algunos países— al seguro social.

I I

Por supuesto, los problemas de éste son muy distintos que los de las Cajas —o **fondos**— de pensiones. En primer lugar, la **población asegurada** es, virtualmente, toda la del país —por lo menos la mayor parte de ella. En segundo lungar, las pensiones que abona el seguro social son —o deben ser— **uniformes: iguales** para todo el mundo, sin hacer las distinciones propias de un sistema jubilatorio. En tercer término, los fondos de una Caja de Jubilaciones son **relativamente** limitados: su colocación, por lo tanto ofrece pocas dificultades. Pero ¿quién halla colocación apropiada —dentro de las condiciones normales exigidas: seguridad, rentabilidad y fácil realización — para la ingente masa de capitales acumulados por el seguro social? Sólo los **fondos del estado** se prestan a ello, y tanto más cuanto que el gobierno —administrador nato de los seguros sociales— con la avidez de dinero que todos los gobiernos tienen y han tenido, desde que los humanos reconocieron que debían vivir en sociedad, está siempre dispuesto a dar papeles — **papel del estado** — a cambio de dinero. Y, entonces, se frustra el propósito que lleva a la formación de las reservas. Porque esos **fondos** no producen renta **verdadera**, desde que la **renta** que de ellos se obtiene la paga el mismo pueblo mediante el impuesto.

Y nos hallamos en un callejón sin salida. Eso sin contar con que —encarados desde ese punto de vista— los seguros sociales requieren —al principio— cotizaciones mayores que si la cobranza se limitase a lo necesario para pagar compromisos del ejercicio y formar una reserva **prudencial**: no la que requieren las rentas comprometidas para el futuro, sino una simple reserva estabilizadora, circunstancia esa que favorece la implantación del seguro social en aquellos países cuya economía no ha alcanzado aún su total desarrollo.

I I I

Todavía queda algo —y aún **algos**— por decir. Cuando se forman reservas matemáticas exactas, se puede afrontar los compromisos contraí-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

dos en una determinada unidad monetaria —la que sea. Pero si, como ocurre hoy en casi todo el mundo, esa unidad monetaria **desmejora**, ¿qué sucede? Que las reservas desmejoran a la par, y sólo en unidades monetarias de un valor inferior al prometido pueden pagarse las pensiones. Y, entonces, esas pensiones resultan insuficientes.

Se ha propuesto —con muy buen acuerdo y excelente intención— que las reservas se inviertan en **valores de capital.** Aparte de la dificultad material, ya apuntada, de hallar colocación para tan enormes sumas de dinero, esos valores de capital no siempre resultan tan seguros como se piensa. La economía del siglo XIX se forjó en gran parte así: sumando valores de capital. Agregando —con las ganancias de la empresa— una nueva máquina a la que estaba ya en funcionamiento; instalando una segunda fábrica junto a la anterior. Pero eso no puede hacerse ni en todas partes ni en todos los tiempos. Valores de capital son — en cierto sentido — las acciones de las empresas industriales. Y los técnicos — que no juzgan enteramente segura esa colocación — piden, por ello, que **se limiten** prudentemente las inversiones de ese tipo.

Tengo a la vista en este momento un ejemplar reciente 1953— de la revista neoyorquina "The Tally" — la **tarja,** la cuenta — órgano oficial del Instituto de Seguros de Vida, y en la que se registran periódicamente estadísticas fidedignas que interesan a esa rama de la industria aseguradora. Y, con los datos de esa revista, he determinado la distribución porcentual, al 30 de noviembre de 1952, de las inversiones, por tipo de inversión y para el **conjunto** de las diversas compañías cuyos activos — el 97% de los activos, según la referida revista — representaban, de conformidad con los últimos balances publicados, la astronómica cifra de 72,415 millones de dólares.

He aquí los porcentajes obtenidos

Tipo de inversión	%	%
Títulos de renta		
Papel del estado	17.64	
Ferrocarriles y Servicios Públicos	21.30	
Otros títulos	18.73	57.67
Acciones		
Preferidas	2.03	
Comunes	0.95	2.98
Hipotecas		29.12
Bienes Raíces		2.44
Préstamos sobre pólizas		3.73
Caja y Bancos		1.38
Varios		2.68
		100.00

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Como se ve, los **papeles** que pueden importar una participación en empresas comerciales o industriales —representativas, hasta donde es posible, de **valores de capital**— no figuran en el conjunto de las inversiones hechas por las compañías de seguros sobre la vida norteamericanas, sino por un insignificante 3%. Cierto es que el seguro social — como ocurre en el Perú y en Chile — puede invertir gran parte de sus reservas, no en bienes que produzcan renta, sino en bienes que den **utilidad**: Hospitales, Consultorios, Puestos Asistenciales..... Pero eso también tiene su límite y la posibilidad de tales inversiones disminuye al aumentar los fondos acumulados.

I V

Y después de reflexionar un tanto, uno se pregunta: ¿qué mal hay en que las clases **activas** de hoy costeen las rentas de vejez de sus mayores, para que sus descendientes paguen, a su vez, las suyas? Ello supone una continuidad..... El procedimiento no es de una **ortodoxia** intachable, pero presenta no pocas ventajas.

a) Como las cotizaciones iniciales necesarias son —ya se dijo— bastante menores, **pesan** menos sobre el actual coste de la vida.
b) Como las reservas tienden a ser pequeñas, su colocación se facilita.
c) Como las pensiones son de un monto uniforme para todos los beneficiarios, los cálculos se simplifican.
d) Como lo que los beneficiarios consumen — esta observación fue hecha hace muchos años, en 1908, por un conocido actuario norteamericano Mr. Miles M. Dawson — no es **dinero** sino **frutos** de toda especie, muchos de ellos de la estación, que proceden del trabajo de las actuales **clases activas**, éstas necesitarán producirlos, de todos modos.
e) Como no hay **reservas considerables**, las consecuencias de la **inflación** — cuando se produzca — serán mucho menos temibles. Al **ajustarse** los salarios, se ajustan automáticamente los descuentos que esos salarios sufren con destino al seguro social. Y el valor adquisitivo de las pensiones sigue —con un ritmo algo más lento, desde luego— la marcha de los precios y de los salarios.

Por supuesto la condición esencial para ello es que las pensiones sean **módicas y uniformes**. Es decir, que los que deseen mejorarlas lo hagan por su exclusiva cuenta y riesgo tomando, en una caja especial —nacional o privada, poco importa—, las **rentas diferidas** complementarias que juzgue necesarias.

Rentas que —sea la que sea la institución que las contrate— habrán de ser calculadas con métodos **rigurosamente científicos** y para las que habrá que formar, por consiguiente, las reservas matemáticas **totales** que imponga la técnica. Y, si se produce una desvalorización monetaria, esa desvalorización gravitará sobre los rentistas, al repercutir en la reservas. Exactamente como ocurre en los seguros privados.

Una condición más —he de volver más adelante sobre ella— es que la **edad** a que se acuerden las pensiones de vejez del seguro social no sea

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

demasiado baja. Un seguro nacional, de tan vastas proyecciones debe prestar ayuda a los que la necesitan; pero no ha de favorecer a los que piensan que el ocio —il dolce farniente— es una legítima aspiración del hombre.

V

No es de extrañar, pues, que —dando por cumplidas todas esas condiciones— un técnico de la categoría de William Rulon Williamson— exactuario jefe de la "Social Security Administration", de los Estados Unidos— encare el problema con un criterio práctico y realista y abogue por lo que llama "Social Budgenting" —presupuesto social— cuyo sólo nombre es todo un programa de acción.

Por su parte, un distinguido técnico europeo —cuyo nombre creo oportuno reservar, pues me exponía sus ideas en una carta enteramente confidencial, escrita hace más de cinco años— advierte, a su vez, con alarma, los peligros que entraña encerrarse en una posición intransigente y, refiriéndose a una reunión de expertos del seguro social a la que había asistido representando a su país, plantea sus dudas y sus inquietudes. "Una de las cuestiones más importantes —me dice—, en mi opinión la más importante que me ha parecido surgir, es la siguiente. Con la nueva noción de seguridad social, que tiende a reemplazar el seguro social— y ciertas delegaciones tenían mucho interés en esta substitución— se hace no ya difícil sino totalmente imposible — sobre todo en los países que no son muy prósperos —conseguir el **equilibrio actuarial** de semejante régimen, en un sentido más o menos clásico. Me parece que habría de recurrir, más bien que a los métodos actuariales, a teorías económicas tendientes a justificar lo que no podrá ser sino una repartición anual. Le envío, apenas esbozadas, algunas reflexiones que acuden de pronto a mi espíritu, y que, por supuesto, no son estrictamente personales. Me agradaría mucho conocer su opinión acerca de un problema que, en el fondo, no es nuevo pero al que las circunstancias hacen de palpitante actualidad". Mi opinión, desde luego, coincidía con la suya.

Y M. Antonio Zelenka —actuario de la Oficina Internacional del Trabajo—, uno de los especialistas que más empeño ponen en no sacar la cuestión del firme terreno de la sana técnica, reconoce, no obstante, la gravedad del problema que plantea la desvalorización monetaria. En una memoria presentada el 13º Congreso Internacional de Actuarios, reunido en Holanda en 1951, da las siguientes cifras, correspondientes a los índices de los salarios en 1948, con base 100 en 1939, excepto para la Gran Bretaña y para Italia en que la base 100 corresponde a 1938.

Italia	52.53
Francia (ciudades menos París)	11.15
Francia (París)	8.14
Finlandia	13.20
Checoeslovaquia	3.17
Gran Bretaña	2.26
Estados Unidos	2.13
Países Bajos	2 01

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Suiza	1.96
Suecia y Dinamarca	1.94
Australia	1.74
Nueva Zelandia	1.49

Y termina por reconocer que, a paridad de circunstancias, será preciso dar la preferencia, a un régimen financiero que implique una acumulación de fondos **mínima.**

Por fin, otro actuario eminente, el Dr. Lucien Féraud, de la Oficina Internacional del Trabajo, debió de sentir —sin decirlo expresamente— inquietudes análogas pues, para dar solución —dentro de los severos cánones— a tan candente problema ideó un procedimiento y lo dió a conocer en la "Revista Internacional del Trabajo", en agosto de 1950, en un interesantísimo artículo titulado: "Una Sub-estructura de la seguridad social a prueba de depreciaciones monetarias".

V I

El siglo anterior —cuyo fin **moral** puede fijarse en 1914— nos tenía mal acostumbrados. Hablo de los que llegamos dentro de él a la madurez. La estabilidad— la relativa estabilidad —de que en él se disfrutaba quedó rota por la primera guerra mundial, una de cuyas escuelas en no pocas naciones— fué la total destrucción de los seguros sociales, y en alguna que otra, la de los seguros privados.

La segunda guerra echó por tierra muchas instituciones que la primera parecía haber respetado. Y si, ahora, en medio de las ruinas queremos edificar algo eficaz y, hasta donde sea posible, duradero, tenemos que aprender a utilizar el **suelo** y los materiales de que disponemos.

En tales condiciones: ¿es preferible adoptar para los seguros sociales a largo plazo el sistema de reparto? ¿Será factible mejorarlo de algún modo? ¿No acabaremos por tropezar con escollos parecidos a los que hoy nos ofrece la capitalización?

Son preguntas difíciles de contestar. Sin embargo, son tales las ventajas que —a primera vista— presenta en **este caso concreto** el repudiado amillaramiento —con las correcciones y retoques ya apuntados— que la tentación de ponerlo, por lo menos, a prueba es poderosísima.

Vuelvo a insistir en que, para intentar el ensayo es preciso que se cumplan ciertas condiciones:

a) Un sistema de pensiones **universal.**

b) Que éstas sean de un monto **uniforme** y **reducido** aunque claro está, tampoco mísero. Las pensiones han de ser suficientes para asegurar un decoroso nivel de vida, pero no tan **apeticibles** como para estimular la holganza y provocar prematuras deserciones del trabajo.

c) Y llegamos al punto neurálgico de la cuestión: la edad del retiro. Muchas gentes se creen antorizadas a abandonar sus tareas habituales, **en procura de un merecido descanso,** como suele decirse por ahí. Es un presente griego que nos han hecho los sistemas jubilatorios, generosos en demasía. Ya sabemos

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

> que **financieramente** no hay caja que resista tales cargas. Pero aunque existiera una cuyos descuentos —fuertes, fortísimos— le permitiesen solventar semejantes compromisos sería un error de fatales consecuencias retirar de las filas del trabajo —la **labour force** de los anglosajones— a hombres que están en plena posesión de sus medios físicos e intelectuales.

La edad del retiro debe ser alta sin incurrir en excesos — y ha de fijarse de manera que —en lo posible— coincida con la verdadera llegada de la vejez. Retirar a un hombre antes de tiempo entraña un doble perjuicio. Desde un punto de vista **exclusivamente** económico y social, significa privar al país de un valioso instrumento de producción; equivale a desperdiciar, derrochar, dilapidar energía, capacidad y experiencia, en una hora en que el mundo necesita el esfuerzo de todos para hacer frente a los mil y un peligros que acechan a la civilización.

Pero, aparte de ese modo utilitario **egoísta** si se quiere de encarar el problema, existen consideraciones de carácter **humano** que hacen indeseable ese anticipado abandono del trabajo. ¿Qué hará luego el hombre así lanzado a la calle con una magra —o suculenta— pensión? ¿Tomar el sol? ¿Pasear? ¿Ir a la plaza a ver como juegan los niños, y a recordar —mirando a las niñeras— sus años mozos? Eso podrá satisfacerle, quizás, al principio, durante un mes o, a todo tirar, tres..... Pero, en seguida, le asaltará la idea de que es sólo un trasto inútil, un limón exprimido; que su única perspectiva es ese inevitable punto final, del que nos desentendemos mientras tenemos algo que nos ocupe, pero que nos obsesiona implacable y hosco cuando no hay nada ya que nos interese en la vida.

Esto —lo he repetido infinidad de veces— tiene un alcance tan grande, una trascendencia tal que cualquier apreciación que se traduzca en dinero pierde, frente a ello y en el acto, toda significación.

V I I

El hombre — ya nadie lo ignora ni lo discute — **vive más** cada día. Los progresos de la medicina y de la higiene han prolongado la vida, en lo que va del siglo, en términos tales que puede afirmarse sin error que, **grosso modo**, la esperanza de vida al nacer — lo que corrientemente se llama **vida media** — ha pasado de cincuenta a setenta años y aún algo más. Esa prolongación de la vida lleva aparejado consigo un aumento de vitalidad. A la edad en que, hacia 1900, un hombre estaba viejo y gastado, se siente hoy lleno de vida y de vigor.

Por eso, si nos aferramos a la manera de apreciar la vejez en los términos que prevalecían a fines del siglo pasado, nos saldrá al paso la dolorosa sorpresa de que la población ha envejecido mucho. Y en realidad ha envejecido, pero no tanto como acusan las cifras. El envejecimiento **fisiológico** es menor que el **numérico**. Consideremos lo que eran en aquellos lejanos días—¡1900!— un hombre o una mujer de cincuenta años y lo que son ahora.

Si hubiéramos de estimar la vejez **en años**, con el criterio de aquellos tiempos, tendríamos motivos para sentirnos alarmados. Pero dadas las causas que han producido la prolongación de la vida humana, esa prolon-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

gación representa un indudable progreso: un alejamiento de los achaques de la vejez — la **verdadera** vejez — hacia edades cada vez más altas.

Médicos que se preocupan por el aspecto social de su profesión, han hecho notar que, al decrecer la frecuencia de muchas enfermedades, aumenta la de los trastornos del aparato circulatorio. Pero eso puede ser un síntoma más bien feliz que alarmante. Cuando nuestro cuerpo se rinde antes los ataques de un agente externo — una enfermedad **local**, por decirlo así—, el resto del organismo, no atacado directamente, sucumbe también en virtud de la **solidaridad** —valga la palabra— entre unos y otros órganos. Y la muerte se produce **antes** de que el desgaste vital lo haga inevitable. Pero, si esos agentes externos van disminuyendo, día a día, en número y se los va reduciendo a la impotencia, el hombre **dura más y en mejores** condiciones, hasta que llega el momento en que el desgaste natural alcanza su límite. Y son, precisamente, el corazón y el aparato circulatorio los que acusan la **hora final**. Si esa hora final viene acompañada de muchos años, podemos —por lo menos los profanos— hablar de muerte natural, normal o como quiera decirse. Si sobreviene **prematuramente**, el mal del corazón obedece ya a una causa distinta del inexorable desgaste producido por el vivir y debe alarmarnos tanto como cualquier otra enfermedad.

Mientras estaba terminando este artículo llega a mis manos el "Statiscal Bulletin" de la Metropolitan Life Insurance Cº, de Nueva York, y en él se publican algunas estadísticas que comprueban plenamente cuanto queda dicho.

Se dan, ante todo, las cifras comparativas —por grupos de edades— de las muertes registradas en los Estados Unidos, en 1950, y de las que hubiera sufrido la misma población, de prevalecer en ese año las mismas tasas que en 1945.

Ganancia de mortalidad en 1950, con respecto a 1945

EDADES	VARONES		MUJERES	
	MORTALIDAD		MORTALIDAD	
	REAL	Calculadas con las tasas 1945	REAL	Calculadas con las tasas 1945
Menos de 1 año	59,792	74,882	44,135	56,073
1 a 4 „	10,073	14,360	8,093	11,762
5 a 24 „	27,130	47,093	15,818	24,101
25 a 54 „	163,044	202,388	104,717	132,399
55 a 64 „	160,578	165,898	93,801	105,254
65 a 74 „	198,612	208,697	143,970	164,307
75 y más	208,520	217,318	214,171	232,357
Todas las edades	827,749	930,636	624,705	726,253

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Una ganancia neta de 204,435 vidas —102,887 varones y 101,548 mujeres— y de ellas, más de la cuarta parte —57,406 —ganadas después de los 65 años, y, de esta última ganancia, más de 45% —26,984 vidas— corresponden al grupo de edades no inferiores a 75 años.

Al analizar — por causas de muerte — esa ganancia, se halla que sólo el cáncer y las enfermedades de las vías respiratorias acusan un significativo retroceso — 2,329 vidas **perdidas** por la primera causa y 6,402 perdidas por la segunda. En cambio las enfermedades del sistema **cardio vascular y renal** dan una ganancia bien marcada: 53,011 vidas. Ello comprueba que el leve aumento proporcional que en ese tipo de enfermedades pueda señalarse en conjunto — 366,7 por **cien mil** en 1952, contra 357,5 en 1951— obedece, no a una agravación del mal, sino a las consecuencias lógicas de la mejora general: al aumento de muertes **naturales**. Muertes que, en cada caso aislado, son sin duda, dolorosas, pero que en **conjunto**, señalan una tendencia favorable.

Es decir, y en resumen, que en lugar de lamentarnos vanamente ante el **envejecimiento** de la población debemos investigar hasta donde ese envejecimiento **global** puede significar una prolongación **individual** de la **salud**, el vigor y la capacidad de trabajo. Eso nos llevará, como de la mano, a ir elevando cada vez más la edad de retiro que si, hace medio siglo, podía fijarse en los 50 o 55 años, hoy no puede bajar de los 60 o 65 años.

Esto no es en manera alguna conspirar contra el bienestar de los viejos. Al contrario, es hacer cuanto cabe por mejorar a la vez, su salud **física** y su salud **moral.**

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

La Malaria en el Valle de Cañete

DESARROLLO DE LA CAMPAÑA ANTIMALARICA DURANTE EL LAPSO 1944-1952

Publica la Dirección General de Salud Pública — División de Enfermedades Transmisibles.

La lucha antimalárica en el Valle de Cañete (*) ha continuado desarrollándose ininterrumpidamente desde el año 1944, hasta el presente, ya que los factores que la determinaron, enunciados en el trabajo publicado en Octubre de 1948 (1) han prevalecido en su mayoría hasta la actualidad: 1) Valor económico de la zona (más de 25,000 hectáreas bajo cultivo); 2) Cantidad de habitantes que la pueblan (alta densidad de población permanente, con índice migratorio elevado, que le da un total de más de 30,000 personas protegidas); 3) Posibilidad de colaboración de la economía privada. El cuarto factor dado por la intensidad de la malaria, que inicialmente y antes de las Campañas daba un índice esplénico de 23% (2), que en 1944 bajó a 13% constatándose un índice hemático de 11% (3); que en 1947 el índice esplénico descendió a 2,4 y el hemático a 0,5 (4); en 1948 llegaron a 0,5 y 0,02, respectivamente (5) y en junio de 1951 a 0,14 de índice esplénico y a 0,03 el índice hemático. No obstante el descenso notable que anotamos, este último factor endémico — lo hemos tenido siempre en cuenta, basados en el intenso intercambio migratorio con las zonas endémicas vecinas no tratadas, que como Lunahuaná y Valle de Omas pueden determinar en cualquier momento la presentación de una verdadera epidemia.

Nuestra labor en este Valle ha comprendido siempre los dos aspectos siguientes:

A. Lucha antimalárica propiamente dicha, encaminada casi exclusivamente a atacar y eliminar el ángulo correspondiente al trasmisor (anopheles), del triángulo epidemiológico de la malaria.
B. Comprobar los resultados en humanos y anophelinos, verificando encuestas malariométricas, examen de enfermos sospechosos, etc. y el control de larvarios y captura de imagos.

(*) La zona estudiada y tratada, corresponde únicamente a la región baja del Valle.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Siguiendo estos lineamientos exponemos a continuación el desarrollo de la Campaña en el Valle de Cañete.

A. LUCHA ANTIMALARICA PROPIAMENTE DICHA

1. Durante la primera fase del desarrollo del programa, fueron empleados los métodos llamados "clásicos" de control de la malaria; larvicidas químicos, drenajes, rellenos, limpieza de canales, tratamientos con quinina, etc. (Cuadros Nos. 1 y 2); los resultados se pueden apreciar en la Gráfica Nº 1.

2. En el año 1947 se realizó en el Valle de Cañete el primer tratamiento con DDT remanente (Cuadro Nº 2) habiéndose rociado íntegramente las viviendas humanas y alojamientos de animales, colocando 2,3 grs. de DDT puro por metro cuadrado; los índices esplénico (13,3%) y hemático (4,9%) (6), bajaron a 2,4% y 0,5% respectivamente (4).

Este procedimiento se continuó hasta el año 1950 inclusive, habiéndose efectuado una rociada por año, procurando hacerla siempre antes de la época de transmisión, señalada para la costa peruana en los meses de mayo y junio.

Los resultados se pueden apreciar en las Gráficas Nos. 1 y 2.

3. A partir de 1951, hasta la fecha, por consejos de un distinguido especialista argentino que nos visitó — Dr. Carlos A. Alvarado — (8) el sistema de rociada se modificó, aplicándose el insecticida sólo hasta la altura de 3 mts. en las casas de mayor dimensión, y rociando siempre toda el área interior de las viviendas, inclusive techos, en las de menor altura; sistema que está de acuerdo con los hábitos del anopheles, quien se posa de preferencia en las pequeñas alturas. Con esta modificación, hemos obtenido en nuestro medio, resultados tan satisfactorios como con los anteriores y además una apreciable economía de insecticida.

Observándose desde 1951 disminución del efecto del DDT contra las moscas, las cuales habían adquirido "resistencia" a dicho producto, a pesar de que con el anopheles no sucedía — contemporáneamente — lo misse comenzó a utilizar otros insecticidas, asociados siempre al DDT. Es así como a partir de esa fecha, empleamos la mezcla de DDT con DDT con "Clodarne" en solución a las concentraciones de 3,75% y 1,25% respectivamente, con el fin de aplicar 1,5 grs. de DDT puro y 0,5 de clodarno, por metro cuadrado, obteniendo ese año un apreciable resultado contra la mosca doméstica.

En 1952, se ha continuado realizando la rociada en la misma forma, sólo hasta 3 mts. de altura, empleando diversos tipos de mezcla de insecticidas, siempre a base de DDT, con el fin de aplicar 1 gr. y 1,5 grs. de DDT puro por metro cuadrado; 0,5 gr. de clordane y 0,1 a 0,2 grs. de BHC (isómero gama) por metro cuadrado también, habiéndose obtenido un discreto resultado contra la mosca. Es de advertir que estos modernos insecticidas no tienen la misma acción residual que el DDT.

Los datos pormenorizados concernientes a la aplicación de insecticidas están consignados en el Cuadro Nº 2.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

COMPROBACION DE LOS RESULTADOS

Cañete, como todos los Valles de nuestra Costa, presentaba la Malaria al estado endémico, lo cual fué señalado ya en 1936 por el Profesor Paz Soldán (7) quien ese año dirigió la realización de la primera encuesta malariométrica, hecho que fué corroborado en el año 1943 (1) antes de la iniciación de los trabajos del Servicio Antimalárico, mediante la encuesta realizada en ese año, que dió un índice esplénico de 22, revelador de una endemicidad moderada.

Esta comprobación y el hecho de que se trataba de un valle extenso, con 25,000 hectáreas de tierras bajo cultivo, una población de más de 30,000 habitantes y un movimiento migratorio intenso, fué lo que indujo a la elaboración del plan de lucha antimalárica en esa zona.

En el cuadro Nº 4 podemos apreciar los resultados de las encuestas malariométricas realizadas desde 1944 hasta 1948. Con los procedimientos de lucha antimalárica que hemos llamado "clásicos" y que empleamos hasta el año 1947, vemos que los resultados fueron alentadores: el índice hemático descendió de 11 a 4,9 y el esplénico de 22 a 2,4.

Es a partir de los años 1947 y 1948, en que se dió comienzo al empleo de insecticidas de acción remanente, que los resultados son ampliamente satisfactorios, al descender los índices al lugar de los decimales: 0,5 y 0,2 hemáticos y esplénico respectivamente, para Setiembre de 1948 (5), con lo que prácticamente habría desaparecido la malaria como problema.

En 1951 realizamos la encuesta epidemiológica en el mes de junio, habiendo practicado el índice hemático con una lámina (frotis y gota gruesa) para cada uno de los 3,569 niños de 2 a 14 años de edad y verificado el índice esplénico en 3,548 niños de las mismas edades; lo que representa el 12% de la población total protegida por la campaña de ese año. El índice esplénico se mantuvo en el lugar de los decimales (0,14), lo mismo que el hemático (0,3).

En el Cuadro Nº 3, consignamos los datos del porcentaje con esplenomegalia en el total de población infantil examinada, por grupos de edades; podemos apreciar que la esplenomegalia se mantiene en cifras prácticamente nulas; 0,28% en niños de 5 a 9 años; 0,05% en niños de 10 a 15 años y 0% en niños de 2 a 4 años; con un porcentaje general de esplenomegalia de 0,14 para los 3,548 niños examinados.

En el Gráfico Nº 1 podemos apreciar la forma como se han modificado los índices esplénico y parasitario de 1943 a 1948 y en 1951. En este último año, sólo un niño de los 3,569 examinados (Cuadro Nº 4) presentaba anillos y gametocitos de plasmodium falciparum en la sangre periférica, niño que al contar con 6 años de edad, al referir sus familiares que no había salido del lugar, y presentar un bazo del tipo II de Hackett, nos hace pensar en un parasitismo residual, de infección adquirida en años anteriores al empleo de insecticidas de acción remanente.

Todas estas encuestas se refieren a niños residentes, llamando así a todos aquellos nacidos en el Valle o con una permanencia mínima de 2 años, sin haber salido durante todo ese tiempo.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

También hemos examinado a niños de 2 a 14 años, de la población flotante, no residente, habiendo obtenido en el año 1951 una muestra (frotis y gota gruesa) de 43; de los cuales 3 presentaban esplenomegalia (7%), pero ninguno parásitos en la sangre periférica.

En el Cuadro Nº 5 y la Gráfica Nº 2, se consignan los valores mensuales y la curva correspondiente de palúdicos con examen de sangre positivo, atendidos en el Dispensario de la Campaña Antimalárica, del año 1944 al año 1948 y los atendidos en el año 1951 en el Hospital Obrero de Cañete, en el cual teníamos un técnico dedicado a la labor de examinar las láminas de sangre tomadas en los enfermos sospechosos. En este año no se presentó ningún caso de malaria hasta el mes de noviembre inclusive, y sólo dos positivos en diciembre, en residentes del Valle. El número de enfermos sospechosos de malaria, despistados durante ese año, fué de 627, residentes del Valle, habiendo sido los dos positivos a plasmodium vivax. En el mismo Hospital se han despistado también durante el año 1951, 217 enfermos no residentes del Valle, con el resultado de 3 positivos; uno en enero, con plasmodium vivax, otro en abril con el mismo tipo de parásito; y en agosto un positivo a falciparum.

En el gráfico Nº 3 se aprecia comparativamente la disminución de cifras absolutas y relativas, de palúdicos con examen de sangre positivo, de los años 1944 a 1948 y del año 1951.

El Cuadro Nº 5 comprende dos tablas: en la primera se consigna el número de palúdicos con diagnóstico hemático positivo — diagnóstico de certeza — por examen de sangre y por meses, asistidos en el Dispensario de la Campaña (1944-1948) y en el Hospital Obrero (1951); y en la segunda, el porcentaje de palúdicos con diagnóstico también de certeza, en el lapso 1944-1948, de los concurrentes al Dispensario y en 1951 de los enfermos sospechosos, que concurren al Hospital Obrero; pudiendo apreciar que la morbilidad malárica se ha reducido prácticamente a 0 (0,3%).

En la Gráfica Nº 4 se aprecia la disminución de la curva anofelina, hasta llegar a 0 en el año 1948. En la Gráfica Nº 5 se aprecia objetivamente la disminución de los índices plasmódicos de 1944 a 1951.

En el Cuadro Nº 6 se consignan los índice malariométricos por localidades del Valle de Cañete de 1944 a 1948 y del año 1951.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Por lo expuesto podemos declarar que hemos conseguido controlar en forma satisfactoria la malaria que ha dejado de ser endémica en el Valle de Cañete.

Este extenso Valle, con sus ricas tierras de cultivo y sus cinco zonas urbanas, se encuentra en la actualidad gozando de un estado sanitario que probablemente no se hubiera conseguido tan eficaz y rápidamente con los tratamientos llamados clásicos.

Aunque las Campañas realizadas con los "métodos clásicos" nos dieron resultados muy satisfactorios ya que con su empleo se consiguió bajar el índice esplénico de 22 (1943) a 1,2 (1947), el índice hemático de 11 a 0,3; la curva anofelina de 20 (1945) a 2,5 (1947) y los índices plas-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

módicos bajaron: el Vivax de 8 a 0,3; el malaria de 2 a 0 y el falciparum de 1,6 a 0.03. Cabe sin embargo insistir que del análisis de los valores obtenidos en 8 años de Campaña, debemos concluir que el empleo de los insecticidas de acción residual constituye a la fecha — en nuestro concepto — el procedimiento ideal para la lucha antimalárica, al proporcionarnos un arma eficaz, con la cual hemos podido atacar dicho mal en el punto más vulnerable de su ciclo epidemiológico y obtener los resultados tan satisfactorios, ya anotados.

Hemos visto, como a partir del año 1947 (4) en que dicho procedimiento se puso en práctica, los índices tanto esplénico como hemático se han reducido a cifras del orden decimal, prácticamente nulas en estadística vital, y se han mantenido así a través de los años sucesivos, lo que nos demuestra que hemos cortado en forma segura la transmisión malárica en esta zona, siendo ésta la meta que aspiramos alcanzar en todas las zonas endémicas del país.

En esta labor hemos tratado de conseguir el máximo de rendimiento, de los escasos recursos económicos de que hemos dispuesto, procurando proteger siempre el mayor número de habitantes; y es también por esta estrechez económica que hasta cierto punto hemos descuidado la Quebrada de Lunahuaná, que no es otra cosa que la continuación del Valle y en donde el problema malárico prevalece en toda su magnitud, y que en un futuro cercano debemos resolver, no sólo por la importancia y riqueza de esa región, sino porque con ello se eliminaría la amenaza constante para los buenos resultados conseguidos en la parte baja del río con las campañas realizadas.

Sabemos que la malaria en nuestra costa es un problema determinado por el curso de los ríos, que este problema se extiende en todos los valles, desde el mar, hasta una altitud de 1,800 mts. (Observación en el Valle de Lurín), y en el caso de Cañete sólo hemos protegido una zona, que si bien es la más extensa y poblada, no sobrepasa los 200 mts. sobre el nivel del mar; por esta razón es que estamos lejos de pensar que hemos solucionado en forma radical el problema malárico de todo el valle del río Cañete.

Conocemos el camino a seguir, estamos convencidos de que el empleo de insecticidas de acción residual es lo ideal para la solución del problema; donde los hemos empleado, hemos visto terminar la malaria, pero no disponemos de los medios económicos suficientes para atacarla en toda la extensión en que prevalece; hasta hoy sólo nos hemos concretado a conseguir la protección del mayor número posible de personas amenazadas, pero no la totalidad de ellas, y es así como hemos adquirido la obligación de continuar protegiéndolas, mientras no se resuelva el problema en forma integral y definitiva, cual sería el tratamiento completo de todos los vales de la costa, desde el mar hasta donde llegue la endemia, lo que será posible únicamente, disponiendo de los medios económicos suficientes para llevar a cabo tan vasta como necesaria empresa.

Por otra parte, no hemos creído oportuno hasta hoy, a pesar de los buenos resultados obtenidos, dejar de tratar anualmente este valle, porque sabemos que hay un intenso movimiento migratorio con la Quebrada

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

de Lunahuaná y Valles vecinos, en donde todavía prevalece la malaria (Asia-Omas; quebrada que actualmente se encuentra en estudio), y que al llegar portadores de parásitos, al no haber desaparecido el anophelismo, y al haber desaparecido o disminuído la inmunidad a la malaria (bazos negativos), tememos podría desencadenarse la enfermedad en forma epidémica, lo cual constituiría problema más grave del que hemos tratado de solucionar.

BIBLIOGRAFIA

1. La Malaria en el Valle de Cañete.—Desarrollo de la Campaña Antimalárica en el lapso 1944-1948.—Dirección General de Salud Pública. Departamento de Malaria.—Octubre de 1949.—Lima, Perú.

2. Primer Informe Técnico sobre la intensidad de la Malaria en el Valle de Cañete.—Encuesta realizada del 22 al 28 de Abril de 1943.—Enrique Villalobos.—Jefe del Servicio Nacional Antimalárico y de Sanidad Rural.—Lima, 31 de Mayo de 1943.

3. Informe del Survey del Valle de Cañete.—Practicado por el Personal del Laboratorio del Servicio Nacional Antimalárico.—Alberto Valderrama Delgado. Médico Epidemiólogo del Servicio.—Enero 1944.

4. Dirección General de Salud Pública.—Departamento de Malaria.—Campaña Antimalárica en la Zona de Cañete.—Indice esplénico y parasitario del Valle de Cañete.—Manuel A. Estela G., Médico-Jefe de la Campaña Antimalárica en la Zona de Cañete.—Cañete, 19 de Setiembre de 1947.

5. Dirección General de Salud Pública.—Departamento de Malaria.—Campaña Antimalárica en la Zona de Cañete.—Indice esplénico y parasitario del Valle de Cañete.—Manuel A. Estela G., Médico-Jefe de la Campaña Antimalárica en la Zona de Cañete.—Cañete, Setiembre de 1948.

6. Dirección General de Salud Pública.—Departamento de Malaria.—Campaña Antimalárica en la Zona de Cañete.—Encuesta Malárica de reconocimiento del Valle de Cañete.—Manuel A. Estela G., Médico-Jefe de la Campaña Antimalárica en la Zona de Cañete.—Cañete, 28 de Febrero de 1947.

7. El Malarigenismo del Valle de Cañete.—Carlos Enrique Paz Soldán.—Sección Trabajos Nacionales.—Reforma Médica; Nº 245; pp.: 917.—Lima, Perú, 1936.

8. Carlos A. Alvarado.—Comunicación personal.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

CUADRO Nº 1

CAMPAÑA ANTIMALARICA EN EL VALE DE "CAÑETE"

Lucha antilarvaria empleando métodos clásicos en el lapso 1944 - 1948

Clasificación de Trabajos		AÑOS				
		1944	1945	1946	1947	1948
Larvicidas	m2	17'839,826	26'008,724	18'692,152	9'501,800	774,500
Desalgado a mano	m2	203,261	468,060	265,496	37,448	
Limpia de Canales	ml.	1,413	6,489	2,716	170	
Dentro del lecho del río	ml.	5,754	517	2,612	1,140	
Rellenos	m3	2,791	115	15		
Excavaciones	m3			109		
Construcción canales	ml.	10,289	910	503	175	
Id. Id. cubiertos	m3			300		
CONSUMO LARVICIDAS						
Verde París y Arsenito de Cobre	ks.	2,106	4,159	2,520	1,169	5
Petróleo crudo	ks.	2,625	5,205	8,708	8,687	
Emulsión de Piretro	lts.	3,493			208	
D. D. T.	ks.				2	2

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

CUADRO Nº 2

CUADRO RESUMEN CAMPAÑAS DESINSECTIZACION

VALLE DE CAÑETE

Año	Período Tratamiento	Días útiles	Casas Tratadas	Número de habitaciones	Residentes protegidos	Area interior cubierta m2	Consumo Insecticida		Número de Tareas	Costo TOTAL S/o.
							DDT puro Kilos	Octaklor Kilos		
1947	Marzo-Junio	95	6,736	30,522	28,855	2'016,140	4,541		1,258	102,745.84
1948	Febrero-Mayo	83	7.405	37,349	28,520	2'375,948	5,579		1,308	107,915.70
1949	Marzo-Abril	52	7,348	37,081	27,935	2'330,792	7,084		1,236	109,664.99
1950	Abril-Mayo	33	6,833	35,110	28,957	2'280,210	5,174		1,324	108,999.13
1951	Abril-Mayo	36	6,951	31,193	28,782	1'484,701	1,958	531	874	76,345.03

PROMEDIOS Y COSTOS

Año	PROMEDIOS FUNCIONALES							COSTOS S/o.			
	Principio activo x m2 gramos	Principio activo x Habitante grs.	Area x Casa m2	Area x Habitación m2	Area te Residen x m2	tes x Residen- Casa	Roc./día m2 x	Casa x	Habita- x ción	Resi- x dente	100 m2 x
1947	2.3	157	299	66	70	4.3	1,603	15.25	3.37	3.56	5.10
1948	2.3	192	321	64	83	3.9	1,816	14.57	2.89	3.78	4.54
1949	3.	254	317	63	83	3.8	1,886	14.92	2.96	3.93	4.71
1950	2.3	179	334	65	79	4.2	1,722	15.95	3.10	3.76	4.78
1951	1.7	86	214	48	52	4.1	1,699	10.98	2.45	2.65	5.14

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

CUADRO Nº 3

PORCENTAJE CON ESPLENOMEGALIA EN EL TOTAL DE LA POBLACION INFANTIL EXAMINADA EN EL VALLE POR GRUPO DE EDADES

Octubre-Diciembre 1948 - Junio 1951

Grupo de edades	Octubre-Diciembre 1948			Junio 1951		
	Número Total	Nº con Esplenomegalia	% con Esplenomegalia	Número Total	Nº con Esplenomegalia	% con Esplenomegalia
De 2 a 4 años	43	0	0.00	15	0	0.
De 5 a 9 años	1.213	2	0.16	1.446	4	0.28
De 10 a 14 años	1.867	2	0.10	2.087	1	0.05
TOTALES:	3.123	4	0.13	3.548	5	0.14

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

CUADRO Nº 1

INDICES MALARIOMETRICOS DEL VALLE DE "CAÑETE"

Población protegida 1951: 28,782 Hbts.

		Parasitarios						Esplénicos			
				Plasmodium						Promedios	
Año	Mes	Nº Examinados	Indice	Vivax	Malaria	Falciparum	Indice Gametocítico	Nº Examinados	Indice	Agrandamiento Bazo	Esplénico
1943	Abril								22.		
1944	Enero	1,538	11.	8.	2.	1.	1.4	1,538	13.		
1945	Oct. — Nov.	2,167	0.5	2.7	0.6	1.6	0.5	2,167	13.3	1.3	0.1
1947	May. — Jun.	3,170	4.9	0.3	0.	0.2	0.3	3,170	2.4	1.1	0.03
1947	Oct. — Nov.	2,949	0.3	0.3	0.	0.03	0.07	2,949	1.2	1.2	0.01
1948	May. — Jun.	3,631	0.02	0.	0.	0.02	0.02	3,631	0.7	1.2	0.01
1948	Oct. — Nov.	3,123	0.	0.	0.	0.	0.	3,123	0.1	0.8	0.001
1951	Junio	3,569	0.03	0.	0.	0.03	0.03	3,548	0.14	1.2	0.002

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

CUADRO Nº 5

VALLE DE CAÑETE

Paiúdicos asistidos en el Dispensario de la Campaña Antimalárica, en el lapso 1944-1948 y Hospital Obrero 1951 — Diagnóstico de certeza por examen de sangre.

MES	AÑOS					
	1944	1945	1946	1947	1948	1951
Enero	350	107	9	0	0	0
Febrero	626	200	13	3	1	0
Marzo	613	251	11	3	1	0
Abril	425	163	6	5	0	0
Mayo	797	224	11	5	0	0
Junio	478	129	13	3	0	0
Julio	213	71	4	0	0	0
Agosto	128	48	3	1	0	0
Setiembre	28	17	1	0	0	0
Octubre	12	17	2	1	0	0
Noviembre	29	10	6	0	0	0
Diciembre	51	15	0	1	0	2
TOTALES:	3,750	1,252	79	22	2	2

PORCENTAJE DE PALUDICOS ENTRE LOS SUJETOS CONCURRENTES AL DISPENSARIO ANTIMALARICO EN EL LAPSO 1944-1948 y HOSPITAL OBRERO 1951

Diagnóstico de certeza por examen de sangre

AÑO	Sujetos Concurrentes	PORCENTAJE con parásitos	
		Sí	No
1944	4,199	89.	11.
1945	3,023	62.	38.
1946	293	27.	73.
1947	126	17.	83.
1948	43	5.	95.
1951	627	0.3	99.7

BICENTENARIO PERÚ 2021
EsSalud
SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

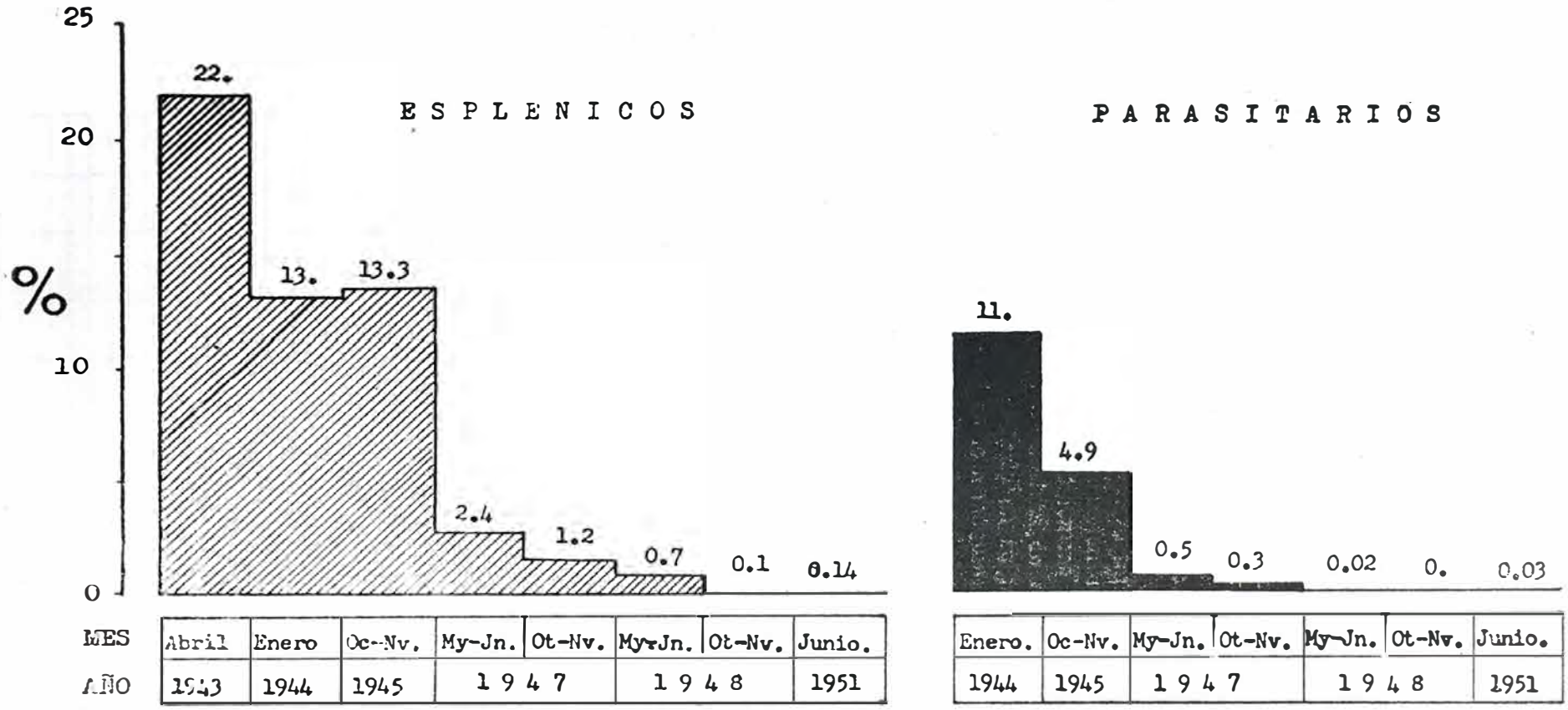
INDICES [illegible] DE "CAÑETE"

Localidad	Población	Parasitarios							Esplénicos							
	Censo	1944	1945	1947		1948		1951	1943	1944	1945	1947		1948		1951
	1940	Enero	Octubre Novbre.	Mayo Junio	Octubre Novbre.	Mayo Junio	Octubre Novbre.	Junio	Abril	Enero	Octubre Novbre.	Mayo Junio	Octubre Novbre.	Mayo Junio	Octubre Novbre.	Junio
Hacienda Hualcará	1.088	17.3	8.5	1.8	0.	0.	0.	0.	21.	20.	34.9	2.7	1.	2.7	0.	0.
„ Palo	236	20.	3.8	4.7	5.5	0.	0.	0.	40.	7.	19.2	23.8	0.	0.	0.	3.0
„ Herbay Alto	609	21.5	9.3	1.4	1.6	0.	0.	0.	20.	6.	23.2	4.4	3.2	3.9	9.	0.
„ San Isidro	647	4.7	2.5	0.	0.	0.	0.	0.	7.	4.	12.8	0.	0.	1.7	0.	0.
Pueblo San Vicente de Cañete	4.794	9.4	2.4	0.1	1.	0.	0.	0.		9.	11.1	1.6	0.1	0.	0.	0.
Hacienda Herbay Bajo	488	5.9	13.8	0.	2.4	0.	0.	0.	11.	10.	30.5	9.3	4.9	0.	0.	0.
„ La Esperanza	236	10.	17.3	4.1	0.	0.	0.	0.		16.	39.1	16.6	8.4	6.6	0.	0.
„ Unanue	183	8.3	4.7	0.	0.	0.	0.	0.	31.	10.	21.4	0.	3.8	2.4	0.	0.
„ San Benito	666	9.	2.7	0.	0.	0.	0.	0.		20.	1.3	2.5	1.5	0.	0.	0.
„ La Quebrada	829	8.	5.8	0.	0.	0.	0.	0.		24.	8.8	0.7	1.9	0.	0.	0.
„ Cerro Alegre	1.063	7.	3.	0.	0.	0.	0.	0.	8.	10.	6.	0.4	0.5	0.	0.	0.
Pueblo Imperial	3.296	18.4	13.4	0.2	1.2	0.	0.	0.17	14.	6.	19.8	3.5	0.6	0.9	0.	0.34
„ Quilmaná	684	9.7	3.1	1.4	0.	0.	0.	0.		8.	1.5	0.6	2.2	1.9	0.	0.59
Hacienda El Cortijo	227	8.	0.	3.3	3.4	0.	0.	0.		30.	40.9	3.2	3.5	0.	0.	0.
„ Casa Blanca	305	4.7	8.	0.	0.	0.	0.	0.		19.	16.	2.9	0.	0.	0.	0.
„ Arona	298	8.3		0.	0.	0.	0.	0.	17.	8.		0.	4.	0.	0.	0.
Puerto Cerro Azul	1.372	13.4	1.9	0.	0.	0.	0.	0.	6.	2.	5.9	0.	0.	0.8	0.	0.
Hacienda Santa Bárbara	427	5.4	9.	0.	0.	0.	0.	0.		10.	5.5	0.	0.	0.	0.	0.
Pueblo San Luis	1.702	10.9	1.8	0.4	0.	0.	0.	0.	10.	7.	4.9	0.	0.5	0.	0.5	0.
Hacienda Roma	54	25.						0.		6						0.
„ San Pedro	188	0.		0.	0.	0.	0.	0.		0.		0.	0.	0.	0.	0.
„ Montalván	414	10.							46.	17.	5.7					
„ El Chilcal	202	7.7		0.	0.	0.	0.		55.	7.	10.5	0.	0.	0.	0.	
Caserío Cachahuasi	362	0.		0.	0.	0.	0.	0.	3.	8.	23.3	0.	0.	0.	0.	0.
„ Boca del Río	365	9.3	3.8	0.	0.	0.	0.	0.	29.	7.		2.4	1.9	0.	0.	0.
Hacienda Cuida	419	11.1	10.	0.	0.	0.	0.	0.		11.		11.1	4.2	0.	3.2	0.
Anexo Campamento I	419	13.	0.	0.	0.	0.	0.	0.		5.		2.1	2.1	1.1	0.	0.98
Hacienda Montejato	386		3.1	0.	0.	0.	0.	0.	15.		28.1	16.6	7.4	3.6	5.	0.
Anexo Pueblo Nuevo de Conta	184		7.1	0.	0.	0.	0.		57.		21.4	2.2	6.4	0.	0.	
Hacienda Casa Pintada	218		0.	0.	0.	0.	0.	0.			15.3	0.	0.	0.	0.	0.
„ La Victoria	521		0.	0.	0.	0.	0.	0.			5.9	4.2	3.	0.	1.5	0.
Fundo El Tire	12		6.9	0.	0.	1.6	0.	0.			6.9	3.8	2.1	0.	0.	0.
Hacienda Ungará	141			17.2	3.7	0.	0.	0.	32.			21.9	11.1	14.3	0.	0.
Caserío Bandurria	222			0.	0.	0.	0.	0.				0.	1.8	0.	0.	0.
„ Ihuanco de Cerro Azul	103			0.	0.	0.	0.	0.				0.	0.	0.	0.	0.
Fundo San Antonio	75			0.	0.							0.	0.			
„ San José	56				0.	0.	0.						0.	0.	0.	
Hacienda Puente Negro	32				0.	0.	0.	0.					0.	0.	0.	0.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

GRAFICO Nº 1

INDICE MALARIOMETRICO DEL VALLE DE CAÑETE — 1944 - 1951



MES	Abril	Enero	Oc--Nv.	My-Jn.	Ot-Nv.	My-Jn.	Ot-Nv.	Junio.
AÑO	1943	1944	1945	1 9 4 7		1 9 4 8		1951

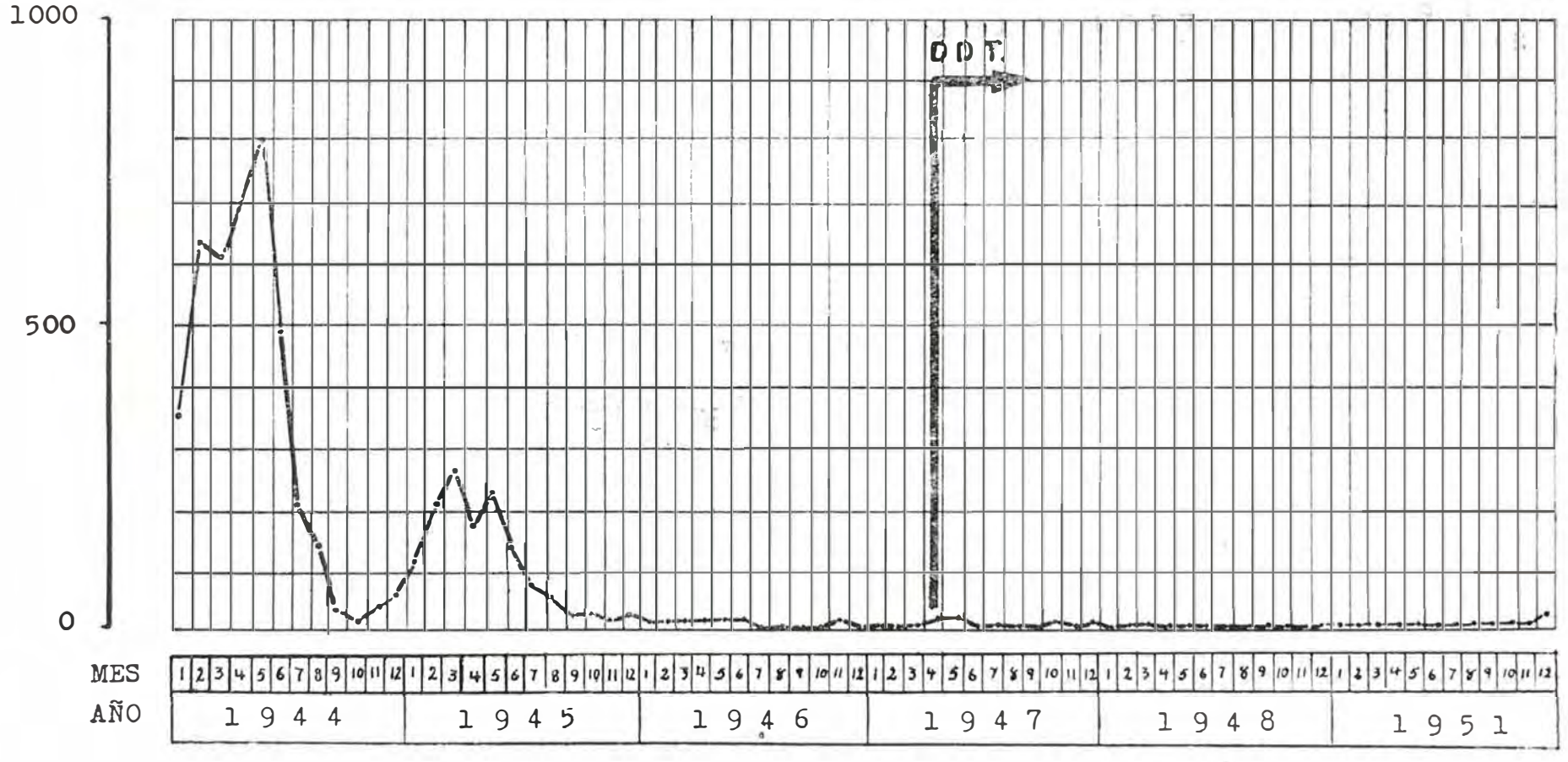
Enero.	Oc-Nv.	My-Jn.	Ot-Nv.	My-Jn.	Ot-Nv.	Junio.
1944	1945	1 9 4 7		1 9 4 8		1951

BICENTENARIO PERÚ 2021
EsSalud
SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

GRAFICO Nº 2

CURVA MENSUAL DE PALUDICOS CON EXAMEN DE SANGRE POSITIVO REGISTRADOS EN EL CONSULTORIO DEL SERVICIO ANTIMALARICO DE CAÑETE DURANTE LOS AÑOS 1944 - 1951

Cifras absolutas



BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

GRAFICO Nº 3

GRAFICO COMPARATIVO DE PALUDICOS CON EXAMEN DE SANGRE POSITIVO REGISTRADOS DURANTE LOS AÑOS 1944 - 1951

Cifras absolutas

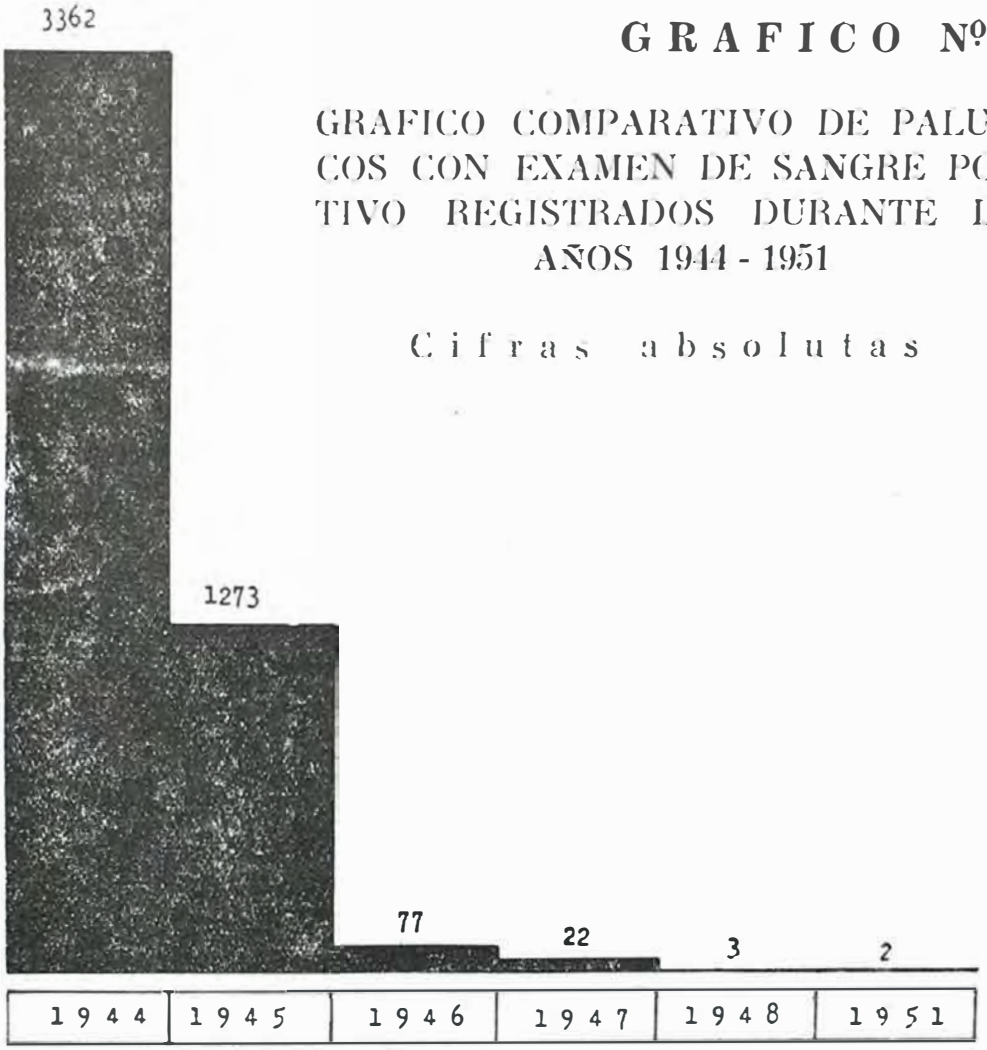
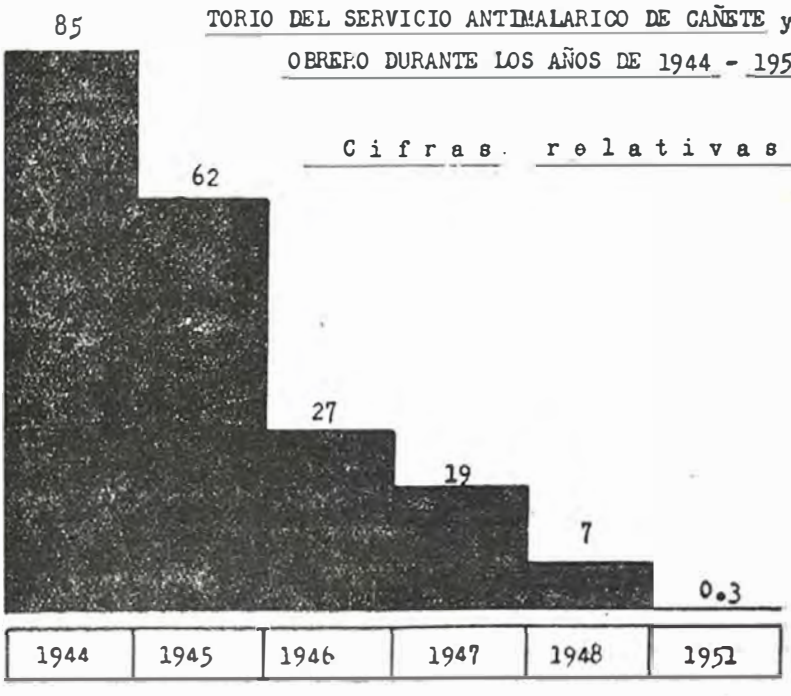


GRAFICO COMPARATIVO DE PORCENTAJES DE PALUDICOS CON EXAMEN DE SANGRE POSITIVO - CONCURRENTES AL CONSULTORIO DEL SERVICIO ANTIMALARICO DE CAÑETE y HOSPITAL OBRERO DURANTE LOS AÑOS DE 1944 - 1951

Cifras relativas



BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

GRAFICO Nº 4

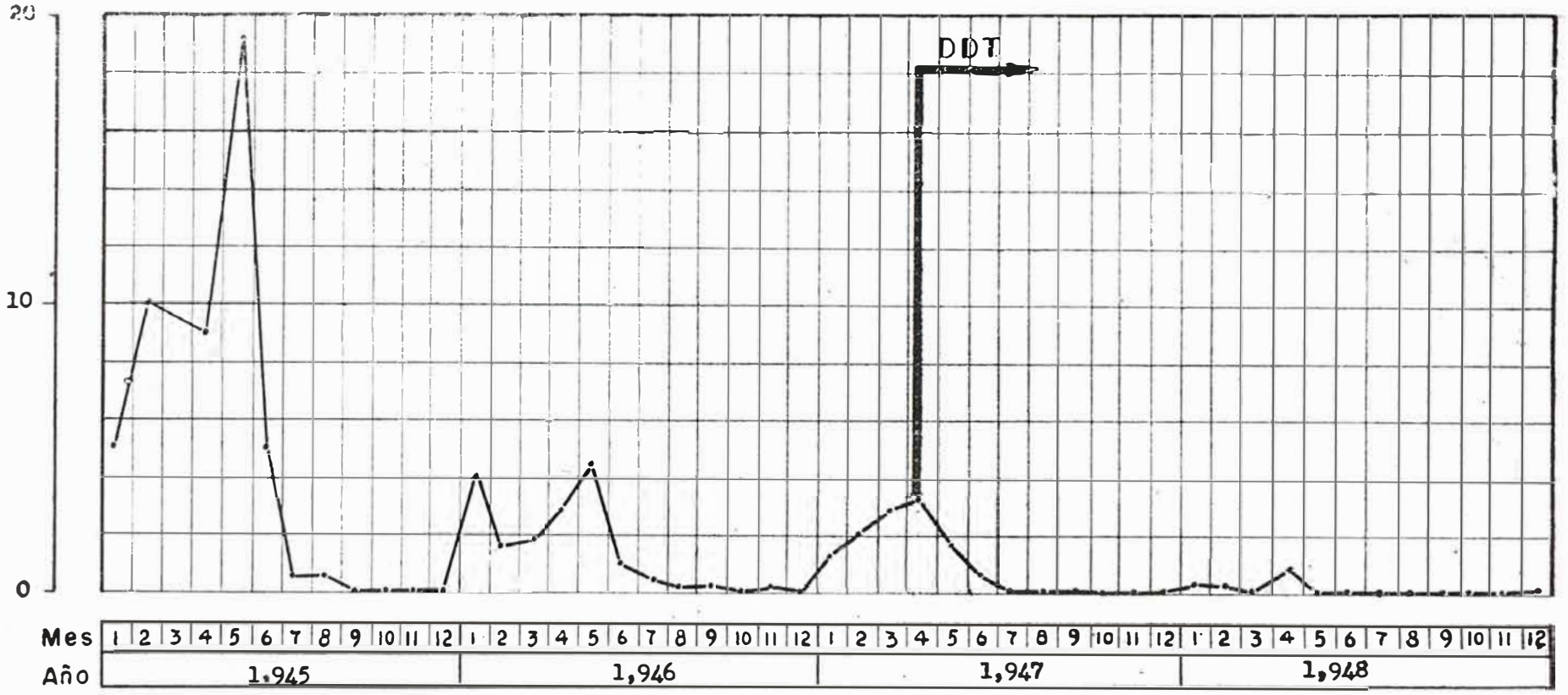
Dirección General de Salud Pública

DEPARTAMENTO DE MALARIA

COMPAÑIA ANTIMALARICA DEL VALLE DE "CAÑETE"

Curva de Captura de Anofeles ——— Promedio por Habitantes

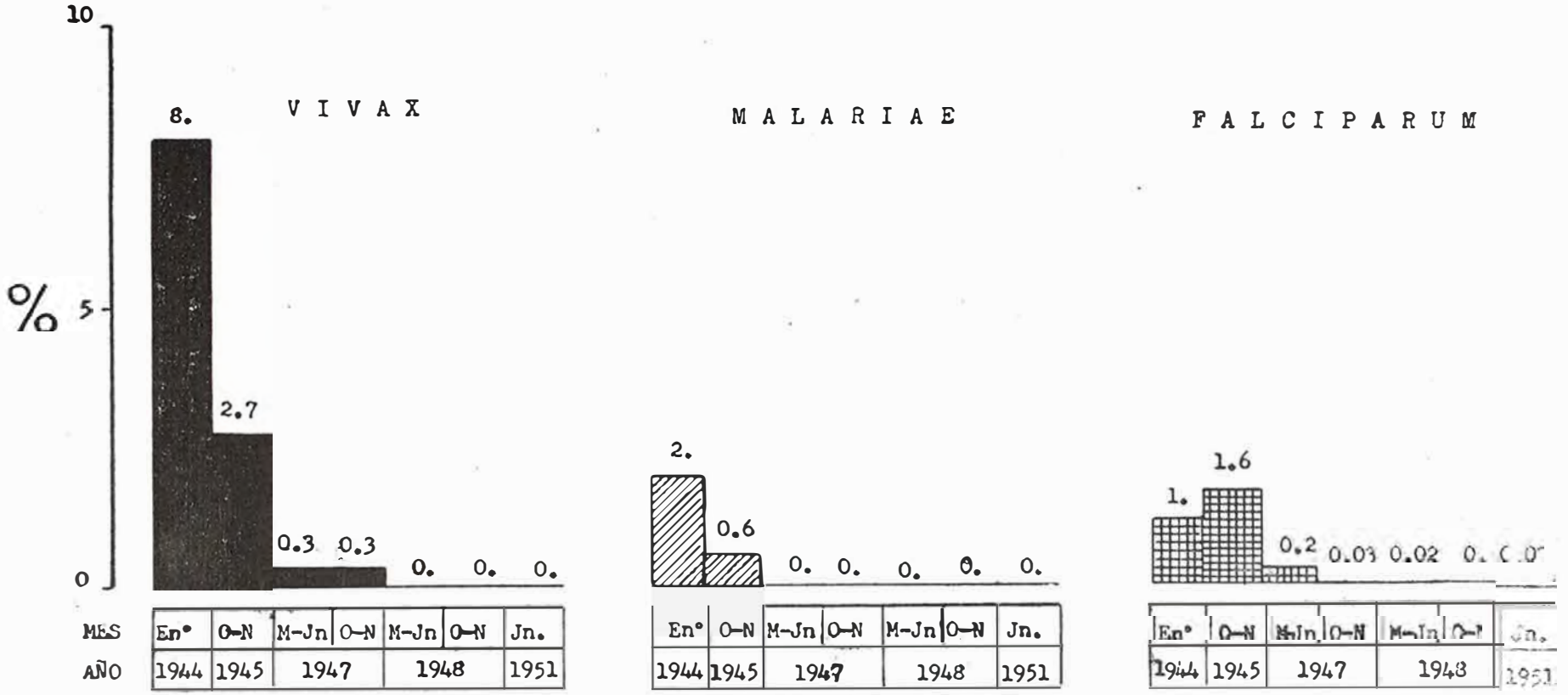
Lapso 1945 - 1948



BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

GRAFICO Nº 5

INDICES PLASMODICOS DEL VALLE DE CAÑETE - 1944 - 1951



Signos: N - Noviembre M - Mayo
O - Octubre Jn. - Junio

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Modalidad de Trabajo Agrícola en la Zona de AREQUIPA

Por: **Moisés Neyra Caballero**

La explotación de la tierra en la zona de Arequipa se lleva a cabo mediante contratos de arrendamiento, por los que, el propietario del fundo entrega éste, a tiempo determinado y, en cambio, recibe en pago una cantidad de dinero, pudiendo el arrendatario o conductor, disponer libremente de los terrenos, en cuanto a cultivo y distribución de productos se refiere.

En consecuencia, el conductor del fundo contrata los servicios de obreros para la explotación de las tierras, a quienes paga un jornal diario por su trabajo, variando el número de servidores en las épocas de sembrío y cosecha, y contratando para el período de riegos a un hombre que se le denomina camayo y cuya labor es la de tener exclusivamente a su cargo el riego, pagándosele una cantidad de dinero por año, y entregándosele un número de topos que guardan relación con los que debe cuidar, para que los explcte libremente, sin canon de ninguna clase.

DIVISION DE LA CAMPIÑA DE AREQUIPA.—Antes de entrar de lleno a estudiar la forma de aplicación del Seguro Social Obligatorio en Arequipa, es conveniente precisar algunos datos:

Aparte de estar dividida la región en distritos, la Administración Técnica de Aguas de Regadío, considerando la amplitud de los mismos, los ha subdividido en pagos y acequias regadoras lo que ha venido a facilitar la confección del padrón de regantes, para los efectos del cobro de recibos de agua, distribución de ella y órdenes para la compra de guano. El Sindicato de Regantes es el que se ocupa de la vigilancia de la mitación de agua, por medio de sus rondadores, que son los que, de manera directa, tratan con el agricultor y cuidan del desborde de las aguas.

La división a que me refiero es la siguiente, habiendo marcado con mayúsculas los distritos:

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

CAIMA
Acequia Alta
Zamácola
Tomilla
Cerro Colorado
Challapampa
CHIGUATA
Cachamarca
Tilumpaya
PAUCARPATA
Porongoche
Langui
Pcosi
TIABAYA
Pampas Nuevas
YURA
CHARACATO
UCHUMAYO
Huaico
Congata
Quishuarani
SABANDIA
YARABAMBA
YANAHUARA
Antiquilla
POCSI
Piaca
QUEQUEÑA
SOCABAYA
Huasacache
Chilpina
Tingo Grande
Mollebaya
DISTRITO DEL CERCADO
El Medio
Miraflores
La Mantilla
La Pólvora
Tingo
SIGUAS
Santa Isabel
San Juan
SANTA RITA DE SIGUAS
LA JOYA
VITOR
Sotillo
Huachipa
SACHACA
Tío
Huaranguillo

Puede observarse que el distrito de Caima, uno de los mayores en extensión, ha sido subdividido en: Zamácola, Acequia Alta, Tomilla, Cerro Colorado y Challapampa.

EXTENSION Y CULTIVOS.—La medida de superficie usada en Arequipa es el topo que equivale a cinco mil varas cuadradas o 3,494 m2. La extensión de tierras productibles es de 37,742 topos, en los que se cultiva de preferencia: cebollas, maíz, trigo, papas, ajos, viña y muy preferentemente alfalfa, por lo que, se le puede considerar como el mejor centro farrajero del sur del Perú, tanto por su abundancia como por su calidad; esto último, comprobado por la rápida inverna del ganado de beneficio, como por el alto grado de grasa en la leche, todo debido a la inmejorable calidad del forraje.

VIALIDAD.—Todos los distritos de Arequipa se comunican con el centro de la ciudad por carreteras, siendo asfaltadas las que unen con Tiabaya, Challapampa, Cerro Colorado, Tingo, Zamácola y Jesús estando las otras sin asfaltar y en regulares condiciones de tránsito. También algunos distritos se unen por el servicio de tranvías, como Yanahuara, Paucarpata, Antiquilla, Tingo, y Miraflores, o se sirven del ferrocarril que los enlaza con el puerto de Mollendo y el punto frontero con Puno: Imata, punto que marca el límite afecto al Seguro Social, pasando este ferrocarril por Tingo, Tiabaya, La Joya y Yura, distrito este último, importante por sus hornos de cal.

PROPIEDAD AGRICOLA.—La propiedad agrícola se halla muy subdividida, encontrándose un fuerte porcentaje de pequeños agricultores que conducen menos de diez topos de terrenos de cultivo.

Para tener una idea exacta de la subdivisión de la propiedad, se ha confeccionado un cuadro, (ver anexo cuadro Nº 1) con el número de

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

agricultores que conducen de un cuarto a medio topo, de medio a uno, de uno a tres, etc., hasta los que tienen más de cien; y así por ejemplo, tenemos a un mil diez que explotan menos de medio topo; quinientos setentisiete que tienen un poco más de cinco; seis mil ciento veintidós que tienen menos de diez topos; y setecientos sesentisiete que conducen más de diez topos. Aquí cabe anotar que muchos agricultores explotan terrenos en diferentes lugares, los que hay que acumular para los efectos del cómputo total de salarios mensuales o anuales.

EMPADRONAMIENTO, NATURALEZA Y COSTO DE CULTIVOS. —Los agricultores que conducen más de veinte topos en toda la campiña de Arequipa, llegan a seiscientos diecisiete, sin tener en cuenta a aquellos que siembran en diferentes lugares parcelas de 8, 6 y 15 topos etc., que en total pasan también de los veinte, topos reconocimiento que requiere de mayor tiempo para su ejecución.

Para los efectos del control agrícola, juega papel importante la naturaleza del cultivo, ya que ella difiere en los costos y como consecuencia también los jornales, pues así tenemos que los invertidos en el cultivo del maíz son mayores que en el trigo. Luego debe tenerse en cuenta la declaración del agricultor, en cuanto lo sembrado y lo por sembrar, para los cálculos de los salarios invertidos en el año agrícola y por lo menos vigilar al conductor cada seis meses, o sea en las épocas de siembra y cosecha, a fin de que no burlen y falseen la verdad.

Para esta labor, se ha confeccionado en forma lo más ajustada a la realidad, cuadros de costo por unidad de cultivo (topo medida usada en la región), para tener a la vista aproximadamente las cantidades invertidas en jornales, sobre los que habrá de verificarse cálculos rápidos en las acotaciones de oficio con conocimiento de la actividad desarrollada en el año agrícola. Estos cálculos, son un promedio general de toda la campiña, pues hay zonas donde los jornales son altos, como en Vitor, Tiabaya, Siguas, etc. y bajos como en Quequeña, Yarabamba, Chiguata, etc. Mientras que en los primeros a veces alcanzan a S/o. 15.00 y S/o. 18.00, en los otros son de S/o. 5.00 a S/o. 6.00.

Una de las dificultades que hay que salvar con el agricultor, es que siempre éste declara que sus terrenos los ha tenido dedicados a alfalfa, en los que la mano de obra es baja; pero evidentemente a través de una vigilancia constante, se podrá sabre qué extensiones dejó de alfalfa y cuáles dedicó a otros cultivos, procediendo a verificárseles en los libros de planillas de pago de salarios, y en caso d eno haberse llevado éste, proceder a hacer los cálculos correspondientes y aplicar, de acuerdo con la zona, los jornales, como por ejemplo: S/o. 427.00 en papas; S/o. 583.67 en maíz; S/o. 357.00 en trigo, etc.

AGRICULTOR AFECTO AL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO.— Ya con los datos anteriores de la forma de trabaja en la campiña de Arequipa, y aclarados algunos puntos, para las consideraciones del caso, (patrono afecto al seguro), debemos suponer la rotación de cultivo y tendremos:

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ROTACION PAPAS, MAIZ

Cultivo de un topo de papas	S/o.	427.00 en seis meses
Cultivo de un topo de maíz	S/o.	583.00 en seis meses
	S/o.	1.010.67 salarios en doce meses

Multiplicamos el número de topos (15), por el total de jornales y nos dá:

Topos 15 por S/o. 1.010.67 = S/o. 15.160.05

Luego para sacar el promedio mensual de jornales, dividimos esta cantidad por el número de meses y tendremos:

S/o. 15.160.05 : 12 meses = S/o. 1.263.34

ROTACION PAPAS TRIGO

Cultivo de un topo de papas	S/o.	427.00 en seis meses
Cultivo de un topo de trigo	S/o.	357.00 en seis meses
	S/o.	784.00 salarios en doce meses

Para establecer la extensión afecta multiplicamos por el mismo número de topos quince y tendremos:

S/o. 784.00 x 15 = S/o. 11.760.00

Dividiendo este total por el año agrícola de doce meses resultará:

S/o. 11.760.00 : 12 meses = S/o. 975.06

ROTACION MAIZ TRIGO

Cultivo de un topo de maíz	S/o.	583.67 en seis meses
Cultivo de un topo de trigo	S/o.	357.00 en seis meses
	S/o.	940.67 en jornales de doce meses

Asimismo, este total lo multiplicamos por 15 topos y nos dará:

S/o. 940.67 x 15 topos = S/o. 14.110.05

Que divididos por los doce meses del año obtendremos:

S/o. 14.110.05 : 12 meses = S/o. 1.175.83

Así pues tenemos, que conforme a la rotación de cultivo, ya se puede considerar como patronos afectos al seguro a aquellos que conducen más de 15 topos, pues los jornales por mes pasan de mil soles, y aunque fuere en sólo diez topos éstos se mantendrían en un nivel alto.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Por lo general el agricultor que conduce más de quince topos, somete a rotación a diez, quedando el sobrante para pan-llevar, o sino los deja de alfalfa que le reporta una buena utilidad.

PRODUCCION DE LECHE.—Aparte del cultivo en el sector rural, hay que considerar la producción de leche, renglón importantísimo al que se dedican más de cuatro mil agricultores, habiendo tomado como referencia una relación de aquellos que producen más de cuatro mil kilos al año, de los cuales ciento diecisiete obtienen un promedio de treinta mil, con un costo en jornales de S/o. 916.110.00 al año, operación que se descompone así:

Multiplicamos el promedio anual de treinta mil kilos leche por el número de productores y tenemos:

30.000 kilos x 117 productores = 3.510.000 kilos al año.

Este resultado lo dividimos por 240 días de producción al año y nos dá:

3.510.00 kilos al año : 240 días = 14.625, kilos diarios.

Este cuociente lo dividimos por el número de productores y nos dará:

14.625 kilos : 117 = 125 kilos diarios por productor.

Este resultado viene a representar quince vacas por productor o sea a razón de ocho kilos por vaca corriente.

Ahora bien, el número de vacas lo multiplicamos por el número de productores y obtenemos:

15 vacas por 117 productores = 1,755 vacas total

Y como por vaca se invierte al año S/o. 522.00 en jornales, de acuerdo con el cuadro de costo de leche, tendremos:

1,755 vacas x S/o. 522.00 jornales año = S/o. 916.110.00 al año, que multiplicados por el 9% cuota patronal-obrera, dá S/o. 82.499.90.

Suponiendo que las sumas antes anotadas sean excesivamente altas, que no lo son, pues tanto la relación de productores como de costo de leche, se ciñen estrictamente a la realidad y se han verificado en el terreno, rebajaría un veinte por ciento, y veremos que el renglón producción de leche, es digno de tomarse en cuenta.

PEQUEÑO AGRICULTOR.—Asimismo tenemos que el pequeño agricultor que conduce menos de diez topos, también se dedica a la producción de leche, y como consecuencia refleja en un aumento de jornales en sus planillas de pago, los que forzosamente hay que agregarlos a los gastos de cultivo, para las consideraciones de patrono afecto al seguro social, pues aparte de los obreros que se dedican a la labranza, que pueden ser dos como promedio, tienen los que se consagran al cuidado y ordeño del ganado lechero y cuyo número estaría en relación a la cantidad de vacas.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

CUADRO DEMOSTRATIVO DE LA SUB-DIVISION DE LA PROPIEDAD AGRICOLA DE LA PROVINCIA DE AREQUIPA

ZONAS	De ⅛ a ¼ Topos		De ¼ a 1 Topos		De 1 a 3 Topos		De 3 a 5 Topos		De 5 a 10 Topos		De 10 a 20 Topos		De 20 a 43 Topos		De 43 a 60 Topos		De 60 a 100 Topos		De 100 a 300 Topos		TOTALES	
	Número de Agricul.	Número de Topos	Número de Agricul.	Número de Topos	Número de Agricul.	Número de Topos	Número de Agricul.	Número de Topos	Número de Agricul.	Número de Topos	Número de Agricul.	Número de Topos	Número de Agricul.	Número de Topos	Número de Agricul.	Número de Topos	Número de Agricul.	Número de Topos	Número de Agricul.	Número de Topos	Número de Agricul.	Número de Topos
Zamacola	1	0.475	4	2.513	34	64.25	28	109.50	11	292.00	43	587.25	40	1,096.25	1	52.00	1	63.25	3	362.50	196	2,629.99
Acequia Alta	105	26.25	132	73.00	205	304.00	50	171.50	43	272.25	24	321.00	10	283.50	1	45.00	—	—	1	216.00	571	1,712.50
Chilina	—	—	—	—	2	4.00	1	4.00	1	8.00	7	78.00	2	51.00	—	—	—	—	—	—	13	145.00
Miraflores	1	0.25	7	4.50	12	19.00	6	18.00	9	62.00	12	146.50	6	154.00	1	45.00	2	135.00	—	—	56	584.25
Chullo	71	17.75	71	40.50	60	90.50	13	46.75	20	127.25	14	199.00	4	106.00	—	—	—	—	—	—	253	627.75
Antiquilla	40	10.00	42	24.25	77	115.75	23	77.50	32	219.25	19	233.75	15	420.00	1	50.00	2	120.00	—	—	251	1,270.50
La Mantilla	4	1.00	2	1.00	6	10.00	5	19.00	6	46.00	8	112.50	3	95.00	—	—	—	—	—	—	34	284.50
San Francisco	6	1.11	2	1.25	6	10.00	5	17.25	8	59.50	1	16.00	2	42.50	—	—	—	—	—	—	30	141.61
San Juan de Dios	—	—	—	—	6	7.75	6	21.50	8	48.00	7	98.50	2	43.00	1	60.00	—	—	—	—	30	278.75
San Jerónimo	—	—	2	1.25	7	10.00	4	14.50	9	60.50	14	199.00	10	269.00	1	54.00	1	60.00	—	—	48	668.25
El Medio	—	—	6	3.76	23	36.75	7	26.50	15	98.50	12	167.00	11	292.00	1	50.00	2	180.00	—	—	78	854.50
La Pólvora	—	—	—	—	8	15.50	4	15.25	7	50.50	3	36.50	3	67.50	—	—	—	—	—	—	25	185.25
Chichas	1	0.25	11	6.50	30	48.75	10	34.00	12	83.75	10	133.00	1	22.00	—	—	1	91.50	—	—	76	419.75
Sachaca	21	5.25	32	20.75	39	60.25	14	50.50	26	176.00	16	203.50	9	262.00	3	150.00	—	—	—	—	160	868.25
Tingo Grande	4	1.00	13	8.25	24	43.00	8	29.50	11	70.50	6	76.00	3	75.00	—	—	1	68.00	—	—	70	371.25
Tío	72	18.00	100	60.50	125	194.00	37	135.50	32	210.25	19	253.50	6	156.00	2	101.00	1	80.00	—	—	394	1,308.75
Huasacache	—	—	—	—	3	7.76	3	10.50	16	111.50	16	190.00	5	141.00	—	—	1	70.00	—	—	46	530.75
Tiabaya	50	12.50	113	69.75	98	150.25	30	108.75	38	276.00	18	259.75	12	289.25	—	—	1	60.00	—	—	360	1,226.25
Pampas Nuevas de Tiabaya	—	—	3	1.50	3	5.75	3	10.50	6	10.00	6	73.00	3	116.00	2	97.50	—	—	—	—	26	344.25
Estación de Tiabaya	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	12.00	—	—	—	—	—	—	1	120.00	2	132.00
Paucarpata	69	15.40	84	59.25	117	193.50	50	176.50	63	415.75	43	709.00	17	479.00	—	—	1	75.00	—	—	434	2,114.40
Sabandía	15	3.75	91	56.00	52	76.25	12	41.25	21	130.00	10	134.00	6	167.50	—	—	—	—	—	—	207	608.75
Socabaya	121	30.25	205	118.50	170	236.50	41	138.26	28	172.00	12	153.75	6	174.00	—	—	—	—	—	—	583	1,623.25
Uchumayo	20	5.00	38	22.50	112	160.00	29	101.75	18	119.00	7	91.00	3	80.00	—	—	—	—	2	300.00	229	879.25
Characato	10	2.50	45	28.75	257	369.00	54	190.50	31	182.00	5	61.00	3	72.50	—	—	—	—	—	—	405	896.25
Quequeña	94	23.50	209	119.50	182	256.50	31	109.25	9	63.00	1	10.00	—	—	—	—	—	—	—	—	526	581.75
Pocsi	305	76.25	263	141.50	85	96.50	—	—	2	12.25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	655	329.50
Chiguata	1	0.25	3	1.50	224	338.50	50	175.75	44	307.25	12	168.00	13	366.75	1	45.00	—	—	2	215.00	350	1,621.00
Yarabamba	2	0.50	8	4.50	184	253.50	28	97.50	13	84.75	3	37.00	4	98.50	—	—	—	—	—	—	242	576.25
Placa	—	—	—	—	117	162.50	6	20.50	3	18.75	—	—	—	—	—	—	—	—	3	302.00	128	503.75
Mollebaya	7	1.75	15	9.50	183	262.00	23	82.75	6	32.50	2	26.75	2	54.50	1	59.50	—	—	—	—	238	529.25
Irrigación de Vítor	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	63	2,070.00	16	816.00	18	1,494.00	12	1,764.00	109	6,144.00
Siguas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	700.00	7	399.00	3	270.00	1	172.00	31	1,541.00
Irrigación Santa Rita	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	216.00	18	666.00	5	270.00	4	320.00	4	800.00	43	2,212.00
Vítor	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	68	1,632.00	12	612.00	7	560.00	3	894.00	90	3,698.00
	1010	252.99	1501	874.76	2,453	3,522.00	581	2,054.50	577	3,849.00	363	4,996.25	370	10,481.75	56	2,909.00	47	3,646.75	31	5,145.50	6,989	37,742.50

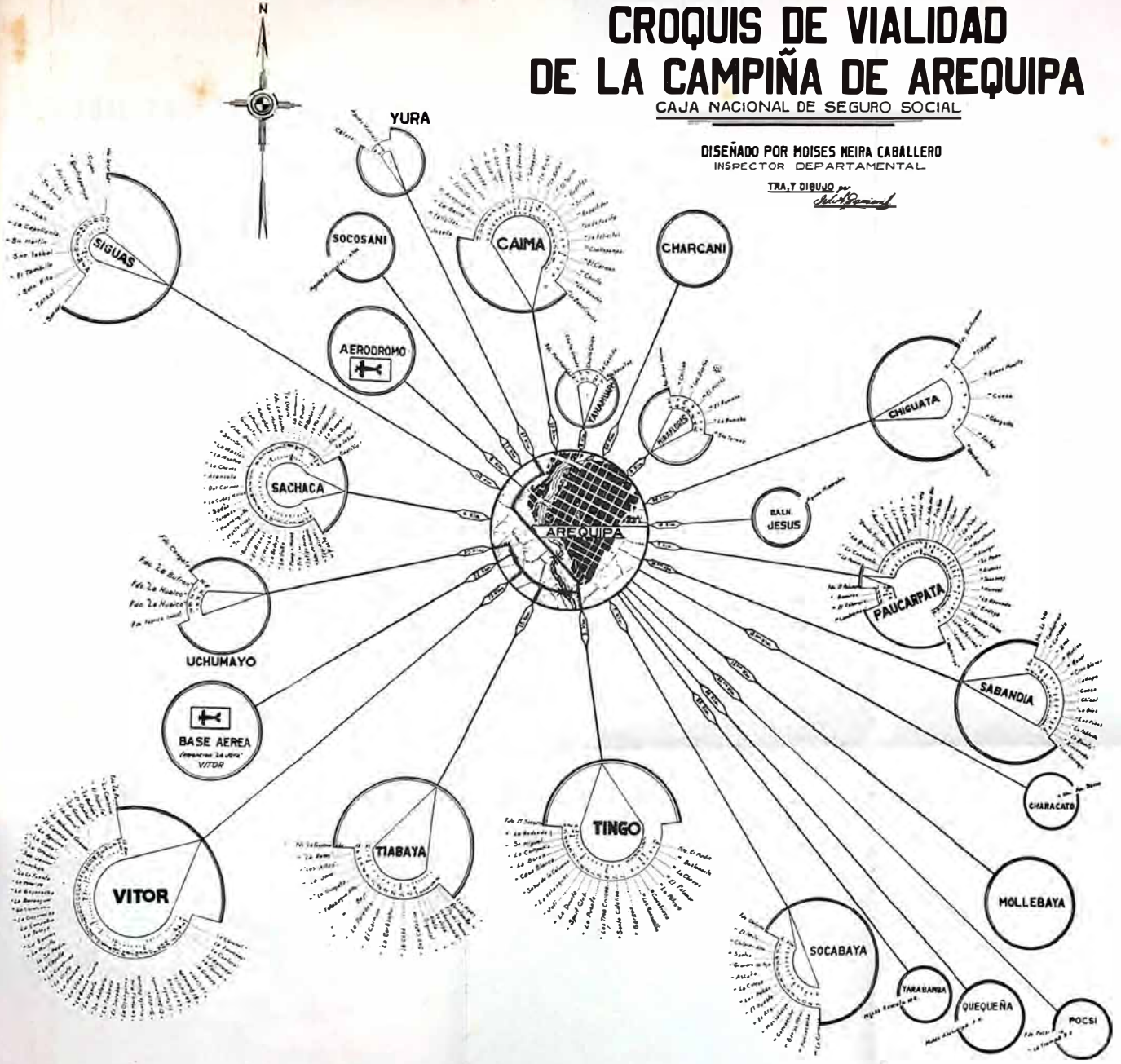
BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

CROQUIS DE VIALIDAD DE LA CAMPIÑA DE AREQUIPA

CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

DISEÑADO POR MOISES NEIRA CABALLERO
INSPECTOR DEPARTAMENTAL

TRA.Y DIBUJO por



BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

REHABILITACION DE ENFERMOS TUBERCULOSOS

Por el Dr. HELMUT KOSS

Al lado de la quimioterapia y de las intervenciones quirúrgicas, el descanso constituye, hoy como siempre, la base terapéutica del tratamiento de la tuberculosis. Al terminar el período de tratamiento del enfermo en la clínica, el descanso completo —con el mejoramiento progresivo del estado del paciente— es paulatinamente sustituído por el ejercicio, cada día más prolongado (paseos). Sin embargo, el enfermo, en vía de sanar, tiene muy raras veces la posibilidad de comprobar su potencia de rendimiento físico mediante un trabajo efectivo.

Después de terminado el tratamiento, él se encuentra, pues, sin ningún entrenamiento para el trabajo, en el preciso momento en que debe enfrentar la lucha por la existencia, lucha casi siempre muy dura y despiadada. La meta principal de cualquier tratamiento clínico ha de ser que el enfermo recupere la facultad de trabajar, para poder sostenerse con su propio esfuerzo, así mismo y a su familia. **En la actualidad, cuando ha terminado el tratamiento clínico, éste no ha alcanzado su meta principal.**

Aún si desde el punto de vista clínico, al salir el paciente del hospital, su estado pulmonar, en la mayoría de los casos, parezca estabilizado, no es posible apreciar con seguridad su facultad de trabajo, puesto que "Hasta ahora no tenemos ningún método científico exacto que permita comprobar dicha facultad en el tuberculoso" (Wernli). Es solamente en el sitio del trabajo donde se puede juzgar la capacidad de rendimiento del convaleciente, y su probable duración.

Un porcentaje muy reducido de enfermos es dado de alta con la mención: "completamente apto para ganarse la vida". En la gran mayoría, se trata de convalecientes parcialmente capaces de ganársela, sin tener en cuenta los que dejan la clínica "completamente incapaces de cualquier clase de trabajo". En Suiza, la aptitud o la ineptitud del tuberculoso que goza del seguro social se califica según una escala de porcentaje pre-establecida y se facilita al enfermo la adaptación a la vida normal mediante una ayuda material (Krankengeld, literalmente: subsidio para enfermedad). Pero aún prescindiendo del hecho que la evaluación de la aptitud para el trabajo efectuado por el médico de la clínica sin las pruebas correspondientes no puede ser sino aproximado, dicha solución tiene también otras desventajas.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Cuando un paciente es dado de alta con la mención: "parcialmente capaz de ganarse la vida", es difícil encontrarle un trabajo aún cuando pudiera regresar al lugar donde trabajaba, antes de enfermarse. La abreviación del tiempo de trabajo, cuando él empieza a trabajar, y su alargamiento gradual, producen ciertas complicaciones en cualquier empresa y pocas son las que aceptan enfrentar semejantes dificultades. En épocas de coyuntura favorable, tal como la que se presenta hoy día en Suiza, será más fácil para los pacientes parcialmente capaces, ganarse la vida, encontrar un trabajo adaptado a su estado de salud y rendimiento. Pero en tiempos críticos, en los cuales sobre la mano de obra perfectamente válida, será casi imposible para los elementos enfermizos lograr un empleo. Ellos se verán pues en la obligación, de aceptar cualquier trabajo aún corriendo el riesgo de una recaída en su enfermedad. Ocurre, de tal modo, el hecho paradojal de que varios enfermos estén primero sometidos durante meses y años a un tratamiento complicado, por el cual la comunidad proporciona sumas importantes, y que más tarde, en el preciso momento de estar a punto de curarse, sean expuestos al peligro de una recaída por deficiencia ulterior de protección social.

En la misma forma se presenta el problema para los enfermos que han dejado la clínica con la mención "completamente ineptos para ganarse la vida", los cuales no recobran dicha aptitud sino después de una larga temporada de recreo en el hogar familiar recibiendo una renta del seguro. Con ellos existe el peligro de que abusen del prolongado descanso en modo perjudicial para su salud, en vez de utilizarlo para mantener y asegurar el éxito del tratamiento clínico. Una vida física y psíquicamente nociva lleva entonces a menudo al alcoholismo y a la caza de rentas.

En nuestro plan de curación de la tuberculosis existe, pues, un vacío entre el cuidado intenso durante el tratamiento y el subsecuente peso enorme de la profesión y de la vida cotidiana; llenar este vacío es el fin que se propone el entrenamiento para trabajo del enfermo tuberculoso. La denominación en parte todavía en uso: Trabajo-terapia, no me parece afortunada; el trabajo constituye para el convaleciente tuberculoso más bien una carga que un medio terapéutico. La expresión: "Entrenamiento para el trabajo" nos parece mejor. La palabra inglesa "Rehabilitation" abarca en forma inmejorable todo el conjunto de la rehabilitación de las facultades corporales, intelectuales, profesionales y económicas.

Es preciso hacer la diferencia entre la terapéutica del trabajo o el entrenamiento para el trabajo y la terapia llamada ocupacional, la cual, como ya lo indica su nombre, se propone ante todo dar al paciente una ocupación razonable mientras sigue el tratamiento. Esta terapéutica ocupacional tiene como fin distraer al paciente, pero no cansarle físicamente. Abarca ella varias actividades artesanales y espirituales, tales como: trabajos en cuero, empastes de libros, trabajos de librillo y caña, tallado en madera, pintura sobre cerámica, modelar, tejer, imprimir tejidos, mecanografía e idiomas. Así como en los países nórdicos, hay también en las grandes clínicas de Suiza mujeres terapeutas especializadas, que permane-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

cen a la disposición de los pacientes para proporcionarles las directivas necesarias en cursillos a su alcance. Además de brindar a los enfermos la posibilidad de una pequeña ganancia, la terapia ocupacional, tiene una tarea moral muy importante, por el hecho de mantener la alegría en el trabajo, impidiendo por lo tanto que se produzca un complejo de inferioridad en el alma del enfermo. La experiencia nos enseña que siempre es menester dar a los enfermos una directiva adecuada en lo que se refiere a esos trabajos de ocupación manual y espiritual, puesto que la mayoría de los hospitalizados no saben utilizar el tiempo en forma útil y se complacen en discutir los eternos temas de las clínicas: erotismo, dolencias, y en leer una literatura muy superficial. Es verdad que semejante terapia no nos aclara hasta dónde puede llegar la aptitud física del paciente para el trabajo. Para poder formular un juicio adecuado sobre dicha capacidad de trabajo, no nos queda sino poner bajo un rígido control médico el entrenamiento progresivo del enfermo, siendo necesario para el éxito final del mismo, requerir del paciente que ejecute un trabajo bastante difícil.

Por importante que sea el factor físico en la capacidad de trabajo humano, sería un gran error pensar que sólo éste es decisivo. Mas aún para los pacientes todavía desacostumbrados al trabajo, el momento psicológico tiene un papel importante: la aptitud para el trabajo, determinada por la unión de factores psíquicos, físicos y morales. Al iniciar el entrenamiento del enfermo, tenemos, pues, que despertar y fomentar con todos los recursos psicológicos su interés por el trabajo y después aumentar lentamente las exigencias relativas a la calidad y al ritmo del trabajo.

La condición esencial para un entrenamiento sistemático al trabajo la constituyen talleres adecuados bajo la dirección de un personal docente especializado. La solución, ya varias veces experimentada, que consiste en proporcionar al convaleciente trabajos de compostura en la misma clínica, no ha dado, por lo general, resultados satisfactorios, puesto que se trata en la mayoría de los casos de trabajos ocasionales, llevados sin método alguno, y que, sin embargo, requieren a menudo conocimientos especiales que faltan al enefermo; éste carece además de la directiva y vigilancia estrictamente necesarias para semejante clase de trabajos.

La idea del entrenamiento para el trabajo fué llevada a la práctica por primera vez después de la primera guerra mundial por Verrier Jones y Macdougall en Inglaterra, por Vos y Bronkhorst en Holanda, y más tarde perfeccionada y amplificada por Bachmann en Suiza y Briger en Alemania.

En el curso del tiempo se han ido desarrollando varios métodos y tipos de clínicas para la realización del entrenamiento para el trabajo, con distintas estructuras:

1) La clínica de trabajo adjunta a la clínica de tuberculosis, como parte integrante de la misma.
2) El pueblo-colonia según el sistema Papworth (Papworth & Preston Hall en Inglaterra).
3) La clínica de trabajo propiamente dicha. (Appisberg - Suiza).

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

En los nosocomios holandeses, con clínicas adjuntas para el entrenamiento para el trabajo, casi todos los pacientes, después del descanso completo en la cama, que demora meses y meses, deben seguir, antes de dejar la clínica, un entrenamiento en un taller correspondiente a sus respectivas profesiones.

Papworth Village Settlement es una colonia especial en forma de pueblo, con una industria propia; con capacidad para unos 500 enfermos y ex-pacientes, tiene una población de más de 1,000 personas, por el hecho de que muchos enfermos viven allá con su familia. Las familias son alojadas en pequeñas viviendas individuales (cerca de 200) con tres — cuatro habitaciones; los solteros viven en "hostels" (casas de comunidad) pero con cuarto separado para cada uno de los enfermos. Los establecimentos industriales abarcan dos grandes carpinterías, una imprenta de libros, un taller para la confección de artículos de cuero, cuyos productos han alcanzado fama mundial. El centro médico comprende dos hospitales, uno para hombres, otro para mujeres y una clínica para la cirugía del tórax. El paciente en vía de sanar principia su entrenamiento con tres horas de trabajo diario, y si durante un período de tres meses ha resistido la prueba, puede ser recibido como residente permanente en la colonia. El enfermo tiene pues la posibilidad de vivir ahí en óptimas condiciones por largos años, hasta toda su vida; lo que, aún en casos de recaída, ofrece a los pacientes ya completamente curados y a los conmanifiesta enfermedad crónica, una seguridad y una protección social efectiva.

Vamos a relatar ahora las experiencias hechas en la clínica de rehabilitación para el trabajo, cerca de Zurich: Appis-Manndedorf. Dicha clínica ha sido fundada en 1932 por E. Bachmann, con la intención de ofrecer a los pacientes regresados de la sierra a la llanura, un lugar tanto de adaptación al nuevo clima como de transición para la lucha cotidiana de la vida. Caben en ella 90 pacientes de ambos sexos. Los hombres tienen como lugares de trabajo, una carpintería, una herrería y una gran huerta. Las mujeres trabajan en el taller de costura y quehaceres domésticos. Además, se dicta periódicamente un cursillo comercial de reorientación profesional organizado por profesores especialistas. Estos cursillos son de seis meses y abarcan los siguientes temas: contabilidad, ciencia de la organización y dirección de una empresa, aritmética comercial, taquigrafía y mecanografía. El cursillo, que finaliza con un examen muy severo y con la entrega de un diploma, ofrece a los pacientes aptos, la posibilidad de encontrar, en vez de faenas físicas, una actividad que les permita un mayor cuidado de su salud, siendo al mismo tiempo, bastante bien retribuída.

La adaptación a la carga que constituye el trabajo va efectuándose paso a paso. El paciente, llegado de ordinario de la altura (Davos, Arosa) sigue primero sus curas de descanso, acostado, durante una semana. Después, comienza el trabajo; al principio dos horas diarias, que suben gradualmente, en un intervalo de dos semanas a 3 ¼, 5 ¼, 6 ½ horas. (Las fracciones de horas son condicionadas por motivos de organización). No creemos necesario alargar el tiempo del trabajo, ya que el pasar

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

de 6 ½ horas a las ocho horas diarias de la vida normal no parece presentar el menor peligro. Conforme aumenta el tiempo del trabajo se reducen las curas de reposo absoluto.

Pero, a la más mínima sospecha de una posible recaída, el enfermo debe dejar inmediatamente sus actividades. La graduación del tiempo de trabajo se realiza individualmente, con el mayor rigor, amoldándose al estado subjetivo y objetivo del paciente.

La clase de trabajo que debe efectuar éste no es indiferente. Ha de ser al mismo tiempo interesante y fácil de aprender en corto lapso de tiempo, aún por el obrero sin calificación. Simultáneamente el enfermo debe tener la sensación de realizar un trabajo efectivo. La experiencia nos ha probado que la elaboración de la madera es la que corresponde óptimamente a esas exigencias, en lo que se refiere tanto a la facilidad y a la brevedad del aprendizaje, como a la variación de las actividades dentro del trabajo. Además, las condiciones higiénicas en la elaboración de la madera son muy favorables. Por motivos de entrenamiento, parece ser deseable que el trabajo sea ejecutado en su mayor parte a mano. Pero hemos visto que el trabajo ordinario a máquina no puede ser sustituído por su correspondiente manual, de tal modo, que es preciso para el buen funcionamiento de semejante clínica, tener una máquina moderna.

Al jefe de taller le corresponde repartir el trabajo y luego variar las actividades según la destreza y la aptitud, cada vez más grandes, del obrero, fomentando con tales métodos su alegría de trabajar. Resulta de lo expuesto anteriormente que el jefe de taller ha de ser una persona que, además de sus conocimientos en el ramo, tenga una amplia experiencia del trato humano en general y también de la psicología del trabajo.

La mayoría de los pacientes son recibidos en la carpintería. Una maquinaria moderna les brinda la posibilidad de fabricar los muebles más diversos y objetos de uso corriente. En la herrería, más pequeña, pero sin embargo muy bien provista de toda clase de máquinas, no damos empleo sino a especialistas, siendo esta clase de trabajo menos conveniente para obreros no calificados.

Con los trabajos de horticultura, recomendados a veces como particularmente sanos, por ser "actividades al aire libre", nuestras experiencias ahí, (en Appisberg) tanto como en otras partes, no han sido satisfactorias. A menudo el enfermo está expuesto a irradiaciones solares intensivas, o, en las épocas de mal tiempo a las diversas influencias de la temperatura, por lo cual arriesga enfermedades de las vías respiratorias, debido al resfrío, con mayor peligro de recaída en la tuberculosis. Por lo tanto, no utilizamos como horticultores sino a aquellos pacientes que más tarde, seguirán con la misma clase de trabajo, es decir: labradores (campesinos), jardineros y obreros de construcciones subterráneas.

A propósito, hemos prescindido en Appisberg de la creación de talleres especiales, siendo prácticamente imposible, por la multitud de las

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

profesiones, diferenciar a tal punto el entrenamiento para el trabajo. La experiencia nos demostró que no es siquiera menester hacerlo. Basta que el trabajo del enfermo esté de acuerdo en sus características esenciales, con su profesión anterior y que el paciente logre recuperar su facultad física y psíquica de trabajar. Si existe la menor posibilidad para ello, conviene que desempeñe el mismo trabajo anterior a su hospitalización ya que amoldarse a una nueva profesión exige siempre un mayor esfuerzo. En ciertas profesiones, no obstante, el cambio se impone.

Algo no despreciable para estimular la alegría del trabajo es la remuneración. No vamos a convencer al paciente explicándole que el entrenamiento para el trabajo le está sirviendo para que recupere su salud constituyendo parte del tratamiento, razón que justificaría su prestación gratuita, pues en este caso adoptaría una actitud negativa. Las nociones: trabajo y sueldo, están íntimamente ligadas y no hemos de suponer que después de una larga cura, el paciente sea demasiado idealista. En la clínica de rehabilitación para el trabajo de Appisberg los enfermos reciben ahora un premio de rendimiento que ha dado muy buen éxito tanto respecto a la alegría de trabajar como a la intensidad de la producción. El sueldo por horas de trabajo, el mismo para todos, ha dado resultados inferiores al sistema de premio al rendimiento, ya que éste no brindaba bastante impulso a la diligencia individual.

El control médico en el período en que el trabajo constituye una carga para el enfermo es de suma importancia. Los pacientes son examinados cada mes. Se les hace periódicamente radioscopías y también las radiografías correspondientes. Un índice muy sensible para la reacción del organismo al trabajo, es sedimentación de la sangre (el grado de velocidad con el cual se produce esta sedimentación). Computamos a menudo un aumento de esta velocidad al iniciar el paciente su trabajo, aumento al cual sigue la normalización. Pero si la velocidad de la sedimentación de la sangre no muestra ninguna tendencia para bajar, lo consideramos una advertencia e interrumpimos el trabajo.

Muchas veces volvemos a encontrar entonces bacilos TBC en el esputo o en la secreción del estómago (experiencias hechas con animales), aún cuando los pacientes hayan permanecido bastante tiempo en la clínica sin que se les haya encontrado dichos bacilos. Si la existencia de microbios TBC no es sino aislada y temporaria, ella no constituye una contraindicación para seguir con el entrenamiento para el trabajo, pero entonces con un ritmo más lento. Si se mantienen los bacilos TBC en el esputo del paciente, eso nos demuestra que el proceso se ha vuelto activo, mientras que la comprobación radiográfica o tomográfica sigue a menudo atrasada.

Queremos mencionar también que se nos manda especialmente enfermos con pronósticos inciertos, en cuanto a su capacidad para el trabajo, sea por la larga existencia de bacilos TBC, sea por su dominante tendencia a las recaídas.

La importancia del diagnóstico inmediato de una recaída en el momento en que el enfermo reinicia su trabajo, es evidente en nuestra épo-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ca de tratamiento antibiótico y quimioterapéutico de la tuberculosis. En general, la duración del tratamiento tiene un promedio de dos o tres meses, pero con algunos pacientes, cuyo tiempo de trabajo no puede ser aumentado sino muy despacio, alcanza hasta cuatro o seis meses.

No debemos separar el entrenamiento para el trabajo de la importantísima obligación de procurar al enfermo una actividad subsecuente, ya que la principal premisa para una buena moralidad del trabajo y el verdadero anhelo de sanar consiste en que el paciente tenga la fundada esperanza de poder valorizar en la vida profesional su aptitud para el trabajo, que acaba de recuperar.

En el cantón de Zurich un agente especializado en la ubicación de los trabajadores y a un tiempo consejero profesional de los mismos, vigila en este sentido a los pacientes egresados de las clínicas. Platica con el enfermo sobre su situación social, sus eventuales deseos respecto a la profesión que quiere desempeñar, discute con el médico la prognosis y la fecha probable de la salida de la clínica del paciente, esforzándose después, en íntima colaboración con él para que el ex-tuberculoso pueda reingresar en el mismo sitio en que trabajaba antes de enfermarse o, si no, conseguirle una nueva colocación. Como ya lo ha demostrado una larga experiencia, es más fácil colocar a los que gozan integralmente de su aptitud para el trabajo, que no a aquellos que se encuentran sólo parcialmente rehabilitados para trabajar. Puede ocurrir que los patrones pidan a los ex-pacientes que sigan un curso de entrenamiento, en cuyo caso, el agente puede disipar algunas suposiciones equivocadas de aquéllos, facilitando en esta forma la situación de los enfermos.

Hemos tratado de exponer el problema de la readaptación del enfermo tuberculoso con sus distintas posibilidades de solución. Cuál de ellas ha de adoptarse en cada caso, depende muchísimo de la opinión del médico respectivo y también de las condiciones del lugar y del país donde hay que realizarla. Nosotros opinamos que es preferible proporcionar al tuberculoso curado la reintegración a la vida normal después de un entrenamiento relativamente breve en un hogar de cura para el trabajo, —no importa que éste sea anexo de una gran clínica antituberculosa o una institución independiente—, borrando así en el enfermo, lo más pronto posible, la mancha de haber sido eliminado de la sociedad. El colocar al enfermo en una colonia con probabilidades de trabajo tal como la del sistema Papworth podría ser la solución ideal para los enfermos crónicos con lesiones abiertas del pulmón.

Discutir semejante solución en forma detallada saldría de los límites del presente trabajo.

(Traducción de la Revista Soziale Sicherheit, Viena, Marzo de 1953).

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Boletín Institucional

Nombramiento de Director Gerente de la Institución

Para hacerse cargo de sus elevadas funciones diplomáticas, el Doctor Edgardo Rebagliati, Embajador Extraordinario y Ministro Plenipotenciario del Perú en México, viajó a ese país, el 15 de abril pasado.

Proveyendo el cargo de Director Gerente de la Institución, el Directorio en sesión de 10 de abril, acordó nombrar para el mismo, al señor Ernesto Zapata Ballón, quien hasta entonces se hallaba al frente de la Gerencia.

El señor Zapata ingresó a prestar servicios a la Caja el año 1937, como Jefe del Departamento de Investigaciones Sociales. En el mes de abril del mismo año fué promovido al cargo de Sub-Gerente, que ejerció hasta el año 1949 en que fué designado Gerente.

En distintas oportunidades ha ejercido interinamente la Gerencia General, habiendo además concurrido a distintas conferencias y reuniones internacionales sobre seguridad social.

Su versación y experiencia como administrador del régimen peruano de seguro social, garantizan el acierto de su gestión como Director Gerente de nuestra Organización.

En la misma sesión, fué acordada la promoción al cargo de Gerente, del señor Teodoro Noel Alvarado, antiguo y destacado funcionario de la Caja.

Asímismo fueron ascendidos los señores Abel Rey A. C. y Sócrates Solúpulos, nombrándole como Sub-Gerente y Apoderado respectivamente.

Inauguración del Hospital Obrero y Policlínico de La Oroya

En ceremonia que alcanzó los más lucidos relieves quedaron inaugurados, el día 8 de junio último el Hospital Obrero y Policlínico de La Oroya, destinados al servicio del seguro de enfermedad de los asegurados de la provincia de Yauli.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

El acto fué presidido por el señor Presidente Constitucional de la República, General de División Don Manuel A. Odría, a quien acompañaban el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, doctor Luis N. Sáenz; el Ministro de Fomento y Obras Públicas, ingeniero Eduardo Miranda Souza; el Presidente de la Corte Superior de Junín, doctor Francisco Carranza; el Prefecto de Junín, ingeniero Luis Faura; el Alcalde de La Oroya, señor Adolfo Arrese; el Director Gerente de la Caja, señor Ernesto Zapata Ballón; el Superintendente General de Hospitales, doctor Guillermo Almenara; el Director del Hospital, doctor Dámaso Gonzáles; representantes a Congreso y otras distinguidas personalidades oficiales y privadas.

Bendijo el Nosocomio, el Obispo de la Diócesis, Monseñor Dionisio Villón, pronunciando en seguida el Director Gerente de la Caja, señor Ernesto Zapata Ballón, el siguiente discurso:

Señor Presidente de la República,
Señores Ministros de Estado,
Señores Representantes a Congreso,
Ilustrísimo Sr. Obispo de Junín,

Señores:

Grata satisfacción experimentamos hoy los dirigentes del Seguro Social Obrero, al concurrir a esta ceremonia inaugural del Hospital de La Oroya, establecimiento destinado a prestar asistencia a los trabajadores de una de las más ricas regiones del país. Y esta satisfacción es aún mayor porque, compremetiendo nuestra gratitud, nos honra con su presencia y da relieve a este acto, el señor Presidente Constitucional de la República.

Para concluir esta obra y ponerla en servicio, hemos contado en todo momento con la importante y decidida ayuda que nos ha prestado el señor Presidente Constitucional de la República, General de División don Manuel A. Odría, quien en momentos muy difíciles para conseguir moneda extranjera dispuso que el Banco Central de Reserva entregara a nuestra Institución US$. 210,000.00 al tipo de cambio de S/. 6.50 por dólar, destinados a comprar materiales de construcción y equipos indispensables para terminar el Hospital. Posteriormente el Gobierno dictó la Ley Nº 11321, que restableciendo el equilibrio financiero de la Institución permitió la continuidad del régimen de previsión establecido para los obreros. Con estos dos actos dió el General Odría prueba inequívoca de su preocupación por la salud y bienestar del pueblo, preocupación tan noble y exactamente expresada en su lema de Gobierno: SALUD, EDUCACION Y TRABAJO".

El programa inicial de construcción de este Hospital contemplaba darle una capacidad de 100 camas únicamente, habiéndose dispuesto ubicar en un solo edificio la hospitalización y la residencia del numeroso personal que tiene que trabajar en este nosocomio. Pero una observación más atenta del futuro de esta zona, la iniciación de obras de gran aliento emprendidas por la Cerro de Pasco Corporation y la actividad

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

que comenzaron a desplegar otras empresas mineras de la provincia de Yauli al amparo de las disposiciones del nuevo Código de Minería, nos determinaron a cambiar nuestros planos. Fue así como se resolvió construír un edifico independiente para residencia, destinando el edificio principal sólo para hospitalización, con una capacidad máxima de 211 camas, de las cuales hoy se ponen en servicio 183. En conexión con esta obra se ha construído también un policlínico en la ciudad de La Oroya, donde se prestará asistencia de consultorio a los obreros, que en gran mayoría tienen su residencia en esa localidad.

El costo total del Hospital y la residencia excede de S/. 9'000,000.00, incluyendo los equipos fijos, como lavandería, cocina, calderos, etc., pero sin considerar el instrumental y equipos médicos, muebles, enseres y útiles, ropa y vestuario que tienen a la fecha un valor de S/o 1'223,000.00. El costo del policlínico es de más de S/. 400,000.00 sin incluir instalaciones. Los terrenos sobre los que se ha hecho la construcción han sido donados por la Cerro de Pasco Corporation, empresa que también nos ha prestado otros servicios con relación a esta obra.

Los primeros pasos del plan de construcciones del Seguro Social tuvieron que darse en la costa, por múltiples razones que resulta innecesario explicar; pero en nuestro programa, estaba también incorporar a ese régimen de previsión las más desarrolladas regiones de la sierra. Por eso iniciamos la construcción de hospitales en las dos provincias mineras más importantes del país, Yauli y Pasco. Nuestra tarea se vió interrumpida por diversas causas, pero pudimos reanudarla con el apoyo decidido que, como dije antes, prestó el Gobierno presidido por el General de División don Manuel A. Odría.

Con este Hospital venimos a prestar servicios a grandes masas de obreros que trabajan en arrancar sus riquezas a la tierra, con esfuerzo penoso, porque no brilla el sol para alegrar sus tareas bajo la superficie, ni refresca su frente la brisa de los campos. Día tras día, año tras año, los recios ejemplares de la raza autóctona, los únicos hombres capaces de hacerlo, arrancan a la tierra sus tesoros y ofrecen a la Patria el fruto de su esfuerzo. Por encima de las discusiones de los estudiosos se eleva la pujanza de estos hijos de las altas sierras, dignos descendientes de los forjadores del imperio de ayer, cuyo brazo infatigable extrae la roca que encierra las materias que otras manos convertirán en riqueza. Estos hombres no podían estar olvidados en una obra de previsión; no lo estuvieron nunca en nuestra mente y hoy al llegar a ellos, tal vez con tardanza, podemos decirles que aquí estamos enteramente a su servicio para atenderlos y ayudarlos en todos los casos de infortunio.

A ese fin obedece la inauguración de este Hospital. Desde hoy sus puertas están abiertas para los obreros y en él encontrarán no sólo el remedio para sus males físicos, sino también la palabra amistosa y el consuelo oportuno, porque nuestra obra se distingue, principalmente, porque tiene un gran espíritu, el de la solidaridad, que conmueve a todos frente a la desgracia de unos, que une a todos para dar ayuda a quienes la necesitan.

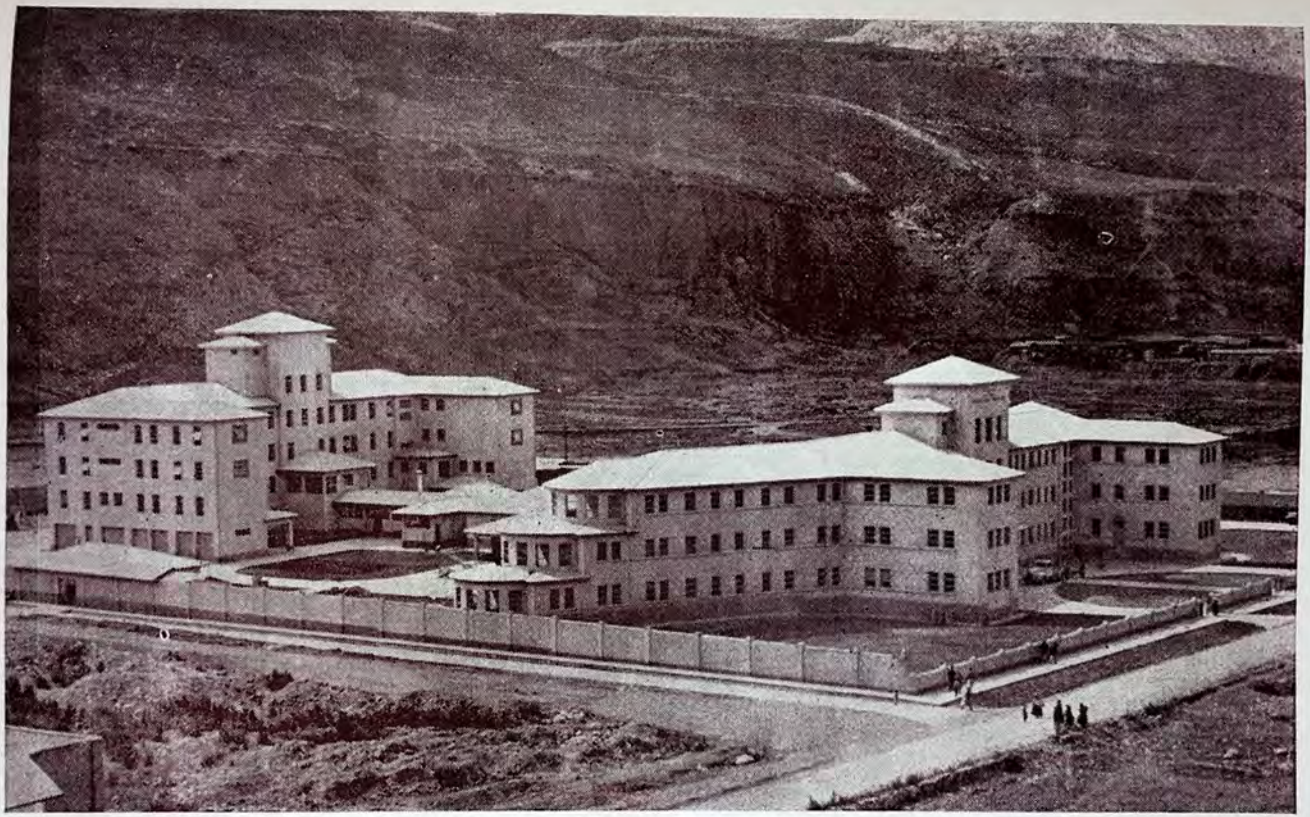
Sé que mis palabras no pueden hacer sentir a Uds. las mismas emociones que yo siento. En esta obra han quedado muchos esfuerzos

BICENTENARIO PERÚ 2021
EsSalud
SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central



El señor Presidente Constitucional de la República, General de División don Manuel A. Odría, declarando inaugurado el Hospital Obrero de La Oroya.

BICENTENARIO PERÚ 2021
EsSalud
SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central



Vista lateral del Hospital de La Oroya

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

nuestros, muchas contrariedades; pero todo vale poco frente a este momento, porque nuestra deuda con los trabajadores de la región ha sido pagada. Y como creo que los obreros que laboran en esta zona son hombres sencillos, que sus rebeldías no son fruto de un mal espíritu sino de circunstancias, me atrevo a esperar de ellos la gratitud para el Seguro Social. No demando gratitud para los hombres, sino para la obra; nosotros pasaremos pronto, pero venciendo al tiempo y venciendo al olvido, la obra del seguro social vivirá aquí y en todas partes mientras existan dolores físicos que aliviar y tristezas que consolar.

Señor Presidente de la República:

Os agradezco vuestra presencia en esta ceremonia, que seguramente habréis contemplado con satisfacción, porque quien, como vos, siente una honda preocupación por la salud del pueblo, sin la cual no se puede forjar la grandeza de la Patria, ha de apreciar la importancia de la obra que hoy se inaugura y el empeño del Seguro Social por colaborar con la política de justicia social que realiza vuestro Gobierno.

Luego el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, doctor Luis N. Sáenz, dió lectura al siguiente texto:

Señor Presidente de la República,
Señores:

El Hospital del Seguro Obrero, que hoy se inaugura, con la honrosa presencia del Sr. General Manuel A. Odría, Presidente Constitucional de la República, que ha querido así realzar esta ceremonia y confirmar la importancia, que como gobernante concede a la obra sanitaria, no sólo constituye, como los hospitales que lo han precedido, una apreciable expansión de los servicios de salud pública de la Nación, sino una ayuda en la prevención y en la lucha contra la enfermedad y en la conservación de la vida de un voluminoso grupo humano, que por su calidad de trabajadores especializados, se ven expuestos a sufrir además de las enfermedades comunes, las profesionales, que les son inherentes. La calidad del trabajo, que el obrero peruano ejecuta en muchos lugares de nuestro territorio, favorece el desarrollo de enfermedades como el saturnismo, el hidrargirismo, el argirismo, la silicosis, la neumoconiosis, las intoxicaciones por el arsénico, manganeso, benceno y derivados, que justifican el interés del Régimen que nos gobierna, por oponer a ellas organizaciones sanitarias para su profilaxia y tratamiento.

Este hospital constituye la avanzada de la política social, que el Gobierno ampara y protege en nuestras regiones serranas. Conviene hacer notar las dificultades, que el Seguro Obrero encuentra para su implantación en muchas de nuestras zonas rurales, ya que como se comprende, él requiere una cierta densidad de población obrera para su normal funcionamiento, encontrándose en muchas de nuestras áreas industriales de la sierra, cifras de trabajadores, inferiores a las mínimas indispensables para la financiación sin sacrificios, de los Hospitales y Po-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

liclínicos del Seguro. Creo de mi deber hacer destacar, como lo acaba de hacer el Gerente del Seguro Obrero Sr. Zapata, no sólo lo que le debe este Hospital al empeño del Sr. General Odría, porque él se llevara a cabo; sino lo que le debe el Seguro como organización, ya que su vida actual y el haber evitado su extinción en momentos de aguda crisis económica, son obra de él, que tendrán que resaltar, junto con la creación del Seguro del Empleado, todos los que en el futuro historien la política médico-social de nuestro país.

Un hospital, un grupo de médicos y otro de enfermeras, reunidos, no sólo constituyen un elemento de positivo progreso, para la población en que están ubicados; sino que contribuyen a aumentar las garantías para la vida en el lugar; y de acuerdo con la orientación que hoy se dá a los hospitales, ellos constituyen un centro de difusión de salud. La profilaxia, hacia la que van a orientar su labor tanto el Seguro Obrero, como el del Empleado, ahora, al lado de la función asistencial, que antes tuvieron como exclusiva, va a tener en este local un centro, que contará de seguro en breve tiempo, desde ese punto de vista, con magníficas conquistas para la salud. El personal, que desde este momento va a poner en funciones este nosocomio, va a escribir su foja de servicios en él; que lo haga, poniendo en acción el cariño, con que deben realizar su labor todos los que se dedican a defender de la enfermedad, la vida de sus semejantes. Cada vida que se salva, dá a quien lo consigue una compensación de su trabajo, que está por encima de todas las recompensas y agradecimientos, que no importa que falten, cuando se tiene la satisfacción espiritual que dá el deber cumplido.

Quienes laboramos en funciones sanitarias, tenemos una respon sabilidad, que no existió para quienes nos precedieron en el Perú en esta acción. El General Odría ha hecho uno de los lemas de su gobierno, la Salud; la labor por él llevada a cabo en ese sentido, es la expresión de su convicción de la importancia de que todos los peruanos sean sanos de alma y cuerpo, sus esfuerzos por conseguirlo, nadie puede intentar negarlo; aquellos a quienes nos toca cumplir las directivas por él trazadas con ese fin, tenemos la obligación patriótica de ejecutarlas; y quienes van a trabajar en este hospital, no deben olvidar que ellos son también de los obligados y que la parte que les va a tocar ejecutar, por modesta que sea, contribuirá a secundar a quien está laborando con su acción y su ejemplo, la prosperidad de la Patria.

Quiero felicitar a los Obreros a quienes está dedicado este hospital. Muchas de las amarguras, sinsabores y preocupaciones que las enfermedades tienen como inevitable corolario, van a encontrar un lenitivo y un alivio, en este hospital. Tratadlo, conservadlo y ayudadlo a vivir, como algo propio que es para ustedes; el Gobierno y el Seguro han hecho la parte que les toca; al personal del Hospital y a ustedes les toca hacer la del futuro.

Sr. Presidente de la República: conocedor como soy de vuestros desvelos y preocupaciones por el desarrollo sanitario del Perú, en un grado que vuestro sacrificio, ni la necesidad del descanso limita, estoy

BICENTENARIO PERÚ 2021
EsSalud
SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central



Edificios integrantes del Nosocomio inaugurado: en primer término el pabellón de hospitalización; al fondo: el pabellón del personal

BICENTENARIO PERÚ 2021
EsSalud
SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central



Vista panorámica del Hospital Obrero de La Oroya.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

seguro de la satisfacción con que asistís y enaltecéis con vuestra presencia esta ceremonia. En nombre del Seguro del Obrero os doy las gracias por vuestra concurrencia y os pido que declaréis inaugurado este Hospital Obrero de La Oroya.

Usaron asimismo de la palabra: el Obispo Monseñor Villón y el Presidente de la Corte Superior de Junín, doctor Francisco Carranza.

Después de declarar inaugurado el Hospital, el señor Presidente de la República recorrió las distintas secciones del plantel.

EL HOSPITAL OBRERO Y POLICLINICO DE LA OROYA

Hospital

El Hospital inaugurado consta de dos edificios: uno destinado al alojamiento del personal, y otro, a hospitalización, ambos de cuatro pisos y piso base, y cuya distribución es la siguiente:

Piso base: que aloja las instalaciones mecánicas, hidráulicas y eléctricas; transportadores; morgue y anexos.

Primer Piso: Hall, Recepción, Dirección, Administración, Consultas, Oficinas, Farmacia, Laboratorio, Investigaciones Sociales, Rayos X, Unidad de Infectados y Anexos, Emergencia, Solarios, Pabellón TBC.

Segundo Piso: Servicios quirúrgicos y anexos, Salas de Yeso, de anestesias, preparación, post-operados, esterilización, etc., salas para obreros de ambos sexos, en dos unidades hospitalarias con sus anexos, servicios generales e higiénicos, estación de enfermeras, tópico, botiquín, ropería, repostero, solario, etc., Maternidad y anexos, sala de partos y de cunas.

Tercer Piso: Medicina. Dos unidades hospitalarias para ambos sexos, con sus anexos.

Cuarto Piso: Sala de Conferencias.

Quinto Piso: Tanques de agua.

El edificio, dotado de doble alimentación de agua, de pozo y por tubería, dispone de ascensores y montacargas para fines diversos, y permitirá servir en un alto nivel de condiciones asistenciales a más de 200 pacientes.

Al iniciar sus servicios, sólo han sido habilitadas las siguientes camas:

Infecto Contagiosos	11	camas
Emergencia	6	„
Enfermera de guardia	1	„
TBC	17	„
Cirugía	66	„
Operados	5	„
Maternidad	10	„
Medicina	67	„
Total	183	camas

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Edificio del Personal

Su distribución es la siguiente:

Piso bajo: Garages, depósitos y servicios higiénicos.

Segundo Piso: Casas del Médico Director, del administrador, de los médicos residentes, y departamento para empleados técnicos.

Tercer Piso: Alojamiento del personal femenino, técnico y de servicio.

Cuarto Piso: Análogo al anterior y dedicado al personal masculino.

El número de camas para residencia de médicos y empleados es el siguiente:

Médicos Residentes	4	camas
Administrador	3	,,
Médico Director	5	,,
Empleados	8	,,
Enfermeras y servicios	52	,,
Empleados	52	,,
Total	124	,,

El costo total del Hospital, incluídos equipos, excede de S/o. 9'000,000.00.

Muebles, Enseres, Instrumental Médico, etc. a S/. 1'223,000.00.

El área total del hospital es de 17,810.00 m2.

Areas construídas por piso: **Hospital**

Sótano, Pasaje Morgue, Morque	688.10 m2
Primer Piso	2,256.21 ,,
Segundo Piso	1,501.00 ,,
Tercer Piso	1,071.20 ,,
Cuarto Piso	50.74 ,,
	5,567.25 m2

Pabellón Empleados

Piso Base	901.50 m2
Primer Piso	775.60 ,,
Segundo Piso	669.50 ,,
Tercer Piso	669.50 ,,
	3,016.10 m2

Area total construída 8,583.35 m2.

Extensión de la Zona: Toda la Provincia de Yauli.
Altura de la misma sobre el nivel del mar: 3,907 m.
Número de Asegurados al 30 de mayo de 1953: 8,729
,, ,, Patronos ,, ,, ,, ,, ,, ,, 156

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Firmas constructoras: Enrique de Vivero y Flórez y Costa.
Ubicación de la obra: localidad de Huaymanta, situada a tres kilómetros de La Oroya en el camino hacia Lima.

Policlínico

Está destinado a la atención ambulatoria de pacientes y se halla ubicado en el centro de La Oroya. Funciona en conexión con el Hospital.

Consta de dos plantas y cuenta con los consultorios y equipos necesarios en este tipo de establecimientos.

El área total del Policlínico es de 1,172.00 m2.

Areas construídas por piso:

Primer piso . . . . . 308.62 m2.
Segundo piso . . . . . 513.31 ,,

Firma constructora: Flórez y Costa. Los trabajos de terminación, pintura, vidrios, electricidad, equipos sanitarios y mecánicos, corrieron a cargo del Departamento de Ingeniería de la Caja.

El costo del Policlínico alcanza a los S/. 400,000.00.

Los terrenos para construir los edificios de ambos planteles asistenciales, fueron donados por la Cerro de Pasco Corporation.

MENSAJE RADIAL DE LA DIRECCION GENERAL DE INFORMACIONES DEL PERU

En vísperas de la inauguración de estas nuevas obras, la Dirección General de Informaciones del Perú, irradió el siguiente informativo, transmitido, en cadena, por todas las emisoras del país:

"NOTA DEL DIA "

UNA NUEVA REALIZACION

"Al asumir la Presidencia Constitucional de la República, manifesté que mi Gobierno prestaría especial y decidida atención a los problemas de la sanidad pública y trataría, por todos los medios, de defender la salud del pueblo"—ha dicho el Presidente Odría—. Y mañana, coincidiendo con el viaje del Jefe del Estado al interior de la República, rumbo a Iquitos, inaugurará en La Oroya, el Hospital Obrero y el Policlínico de la Caja Nacional de Seguro Social.

"Con este nuevo Hospital Obrero, llegan a 10 los que están actualmente en servicio en toda la República, en las ciudades de Lima, Arequipa, Chincha, Cañete, Ica, Huacho, Chiclayo, Trujillo y Piura, habiéndole correspondido al actual Gobierno la ejecución de los dos últimos y, ahora, el de La Oroya—para los asegurados de la provincia de Yauli—; el de Huariaca—para la población minera de Cerro de Pasco—; y el de Chepén—en la zona agrícola de la provincia costeña de Pacasmayo.—

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

"En el Hospital Obrero que se inaugurará mañana en La Oroya y en el Policlínico levantado en esa misma ciudad, principal asiento minero de la región, se ha invertido 13 millones de soles, incluyendo los gastos de equipos. Los terrenos para ambas construcciones fueron cedidos por la Cerro de Pasco Corporation. En el Hospital Obrero de La Oroya han sido instalados los más modernos equipos mecánicos, hidráulicos y eléctricos para asegurar un servicio perfecto en los Departamentos de Cirugía, Laboratorios, Esterilización, Cocina, Lavandería y otros. Más de 200 pacientes podrán atenderse en este moderno nosocomio que consta de 2 edificios con sótano y 4 pisos. En uno de los edificios se alojará el personal: el Director, el Administrador, los médicos residentes, enfermeros y personal técnico. En el otro edificio se alojarán los enfermos-hombres y mujeres en pabellones separados—; y funcionarán también los servicios de Medicina General, quirúrgicos y anexos, salas para enyesados, anestesia, preparación, post-operados, esterilización; Maternidad, Salas-cunas, botiquín, tópicos, ropería, repostero, solario y otros. El Hospital Obrero de La Oroya cuenta también con una amplia sala para conferencias y servicios propios completos de agua, electricidad y transporte.

"El moderno Policlínico que también se inaugurará mañana, está ubicado en el mismo centro de La Oroya y funcionará en conexión con el Hospital, prestando atención ambulatoria a los pacientes.

"He aquí pues, una nueva realización de Odría, ejecutada dentro de su programa de Gobierno en defensa de la salud y el bienestar del pueblo".

Viaje del Secretario General de la Caja

El doctor Eduardo Rosales Puente, Secretario General de la Caja, viajó el día 16 de junio último a la capital de Nicaragua, con el propósito de cumplir la misión que le ha sido encomendada por ese país, en orden a la organización de un régimen de seguro social obligatorio.

El doctor Rosales, es antiguo funcionario de esta Caja, a la que aportó siempre el concurso de su capacidad y versación técnica. Al frente de distintos cargos, ha ganado sólida experiencia que habrá de serle muy útil en el desempeño de sus labores en Nicaragua.

El doctor Rosales, es graduado en Ciencias Económicas y en Derecho en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Se concede franquicia postal a la Caja

La Gerencia General de la Caja, en vía de reducir los gastos que afronta la Institución en los distintos capítulos de su renglón administrativo, promovió en el mes de junio último, ante la Dirección General de Correos y Telecomunicaciones del Perú, el expediente encaminado a obtener el goce de franquicia postal, en favor de nuestra Organización.

Dicha solicitud, contenida en oficio No. 110, de 2 de junio, fué fundamentada en el carácter público y la trascendencia de los propósitos sociales de nuestro régimen, que dieron mérito a que se franquea-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ran en su favor las exenciones a que se contrae el Art. 67 de la ley No. 8433.

La natural expansión de nuestras dependencias, la progresión de las gestiones a su cargo, y como consecuencia, el crecimiento del volumen de correspondencia, dieron mérito al pedido citado.

Con fecha 19 de junio último, el Ministerio de Gobierno y Policía, deferiendo a la solicitud de la Caja, ha acordado conceder a ésta el privilegio de franquicia postal dentro del territorio de la República.

La Institución, que ya expresó oportunamente su reconocimiento por tan gentil muestra de comprensión, reitera ahora su gratitud a aquella rama ministerial.

He aquí el tenor de la citada resolución:

"Lima, 19 de junio de 1953.—Visto el adjunto expediente que eleva la Dirección General de Correos y Telecomunicaciones, relacionado con la solicitud de franquicia postal que formula la Caja Nacional del Seguro Social para su correspondencia oficial que curse dentro del territorio de la República; y—De acuerdo con lo opinado por la expresada Dirección General;—SE RESUELVE:—Conceder franquicia postal a la Caja Nacional de Seguro Social, únicamente para su correspondencia que curse dentro del territorio de la República; debiendo tenerse presente que esta franquicia no comprende la utilización del Servicio Aéreo, por el que, en caso de uso deberá abonarse la sobretasa respectiva.—Regístrese y comuníquese.—ROMERO LOVO".

MUTUALIDAD DE LOS SERVIDORES DE LA CAJA

Ultimamente, han sido reactualizados los estudios encaminados al establecimento de un régimen mutual, a favor de los empleados de la Caja, y que ya en años anteriores fueron considerados por la Gerencia de la Institución.

Son muy conocidos los fines que atribuye hoy la previsión a los regímenes de seguro voluntario, frente a los sistemas de seguro social y asistencia nacional:

a) Llegar más allá del nivel de subsistencia al atentar a los riesgos generales, complementando el importe de los beneficios del seguro obligatorio.

b) Atender a riesgos y necesidades que, aún cuando son suficientemente comunes o uniformes para ser materia de seguro, no son lo suficientemente comunes o uniformes para justificar el seguro obligatorio.

c) Extender la previsión a aquellos sectores de la economía nacional, los que afectan dichos seguros obligatorios.

Dentro de estos lineamientos generales, acentuados muy claramente en el Informe Beveridge, proyectó la Caja un sistema llamado a ampliar o extender los goces que en numerario o asistencia se atribuye hoy a su personal, respetando la línea tradicional de evolución del mutualismo en el Perú.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Los primeros estudios preliminares, permitieron en líneas generales contemplar la eventual concesión de los siguientes beneficios:

Beneficios que otorgaría la mutualidad a crearse en la Caja.

1) Asistencia Médica y hospitalaria a los cesantes, jubilados e inválidos.

2) Auxilio temporal por invalidez a los empleados sin derecho a pensión.

3) Subsidio por fallecimiento del empleado, que reemplazaría, aumentado en su monto, al que otorga el Club Social.

4) Suplemento a la pensión de montepío por cargas de familia.

5) Subsidio suplementario de maternidad para la empleada y esposa del empleado.

6) Subsidio por matrimonio del empleado.

7) Subsidio por fallecimiento de cónyuge e hijos.

Y otros que se estudiarían posteriormente.

Estos beneficios se otorgarían por etapas, acordándose primeramente los más importantes como son los indicados en los puntos 3. 5, 6 y 7.

En el orden de su financiación, se tuvo en cuenta la posibilidad de suplementar los aportes ordinarios de los afiliados, con una contribución inicial de la Institución, suprimiéndose el establecimiento de cuotas de ingreso.

En el curso de estos trabajos preliminares, el Supremo Gobierno, considerando la conveniencia de hacer extensivos a todos los empleados públicos, los beneficios del mutualismo sobre la base de normas similares, a las establecidas para los miembros del Poder Judicial, de los Institutos Armados y del Magisterio Nacional, constituyó, por Resolución Suprema No. 29, su fecha 8 de mayo último, una Comisión presidida por el Director General del Servicio Civil y Pensiones e integrada por representantes de los Ministerios que no tienen régimen mutual para sus servidores.

Dicha Comisión, formulará en el plazo máximo de seis meses un proyecto de Reglamento de Mutualismo para empleados públicos.

El citado Cuerpo, quedó instalado el día 30 de mayo último, y en su primera sesión, adoptó los siguientes acuerdos:

a) Distribuír la labor en 4 sub-comisiones para que se encarguen de redactar previamente los diferentes capítulos de que constará el proyecto.

b) Se acordó, asímismo, solicitar la opinión de las Entidades Fiscales, Fiscalizadas, Beneficencias Públicas de Lima y Callao y Municipalidades de Lima y Callao que no tengan Régimen Mutual, acerca de la posibilidad de incluirlos en el Proyecto de Reglamento de Mutualismo para Empleados Públicos.

c) Para los efectos de los estudios estadísticos y financieros que se están preparando, se ha solicitado a las Reparticiones Públicas que van a estar incluídas en la nueva Institución, proporcionen determinados datos estadísticos; en especial se haga una encuesta para co-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

nocer el número de empleados que han contraído matrimonio y que han sufrido la pérdida de un familiar, (cónyuge o hijos) en estos tres últimos años.

En conformidad con la resolución b), el señor Presidente de dicho Organismo, doctor Pedro Patrón Faura, se dirigió a la Gerencia General de la Caja, con fecha 6 de junio pasado, a fin de conocer su opinión "acerca de la posibilidad de incluir en los alcances y beneficios que establecerá el mencionado Reglamento, a los empleados permanentes de esa Entidad" (La Caja).

Las prestaciones probables que ha de acordar esta Asociación serían las siguientes:

1) Subsidio por muerte del empleado.
2) Subsidio por matrimonio.
3) Subsidio por invalidez absoluta.
4) Subsidio por ancianidad.
5) Préstamos con intereses reducidos.
6) Subsidios por fallecimiento de cónyuge, padres e hijos.

Y otros que eventualmente podrían garantizarse más adelante, previéndose el establecimiento de un período de espera, durante el cual se cotizaría sin tener derecho a las prestaciones, estableciéndose una cuota de ingreso obligatoria.

Dado que, el pronunciamiento sobre este punto corresponde en última instancia a los propios empleados, la Gerencia, promovió un cambio de ideas con los funcionarios de la Oficina Matriz y Superintendencia General de Hospitales, habiéndose finalmente tomado acuerdo en el sentido de consultar, a través de una encuesta entre los servidores de la Caja, la decisión de éstos en pro de uno u otro sistema.

Los primeros datos disponibles a la fecha, van demostrando una sensible inclinación en favor del establecimiento de una Mutualista privativa de la Institución.

Se nombra a la Caja Miembro Corporativo de la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social.

El Consejo Asesor de la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social, en reunión celebrada en Madrid el 21 de mayo último, acordó otorgar a la Institución el nombramiento de MIEMBRO CORPORATIVO de la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social.

El nombramiento recaído en la Caja, ha sido adoptado: "reconociendo con viva satisfacción la importante cooperación que en todo momento ha venido prestando ese Organismo (esta Institución), a la obra de la Seguridad Social de los pueblos Iberoamericanos".

Tan grata y honrosa noticia ha sido transmitida a la Gerencia general, por el señor Secretario General de la Oficina, doctor Carlos Martí Bufill.

Con este motivo nuestro Director Gerente, señor Ernesto Zapata Ballón, se ha dirigido a la Secretaría General de la Oficina, en térmi-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

nos que traducen el profundo reconocimiento institucional por distinción tan honrosa y singular.

He aquí la nota enviada por el Secretario General de la Oficina:

"El Consejo Asesor de la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social, en reunión celebrada en Madrid el 21 de mayo de 1953, reconociendo con viva satisfacción la importante cooperación que en todo momento ha venido prestando ese Organismo a la obra de la Seguridad Social de los pueblos íberos americanos que esta Oficina regresenta, ha acordado otorgar a la Caja Nacional de Seguro Social del Perú el nombramiento de MIEMBRO CORPORATIVO de la Oficina Iberoamérica de Seguridad Social.

"Lo que me honro en comunicar a V. E. esperando que esta merecida distinción será gratamente recibida, a la vez que le significo que el correspondiente Título le será oportunamente enviado. Firmado Carlos Martí Bufill.—Un sello.—Secretario General. Madrid 6 de junio de 1953".

Movimiento de los Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte, durante el año 1952

En términos generales, la progresión de los seguros de pensiones cubiertos por la Caja, ha experimentado notorio incremento durante el último ejercicio administrativo, en relación a los inmediatos anteriores.

Seguro de Invalidez.

Durante el año 1948, fueron concedidas 509 pensiones y el año siguiente 280. A partir del año 1950, el número de pensiones otorgadas, decrece, registrándose sólo 88 en ese período, 71 en 1951 y 109 el año último.

Esta declinación, a partir del año 1950, obedece al trato especial acordado en 20 de octubre de 1949 por el Consejo Directivo, a los enfermos recuperables, a quienes desde entonces, y en tanto no hayan perdido en forma permanente dos tercios de su capacidad para el trabajo, se les otorga asistencia médica y provisión en numerario por cuenta del seguro de invalidez.

Así pues, desde el año 1950, se otorgan estos beneficios ampliatorios, que en ese ejercicio alcanzan a 13 asegurados, el año 1951 a 54 y el último año a 97.

Volviendo ahora al análisis del último año, de los 109 casos resueltos favorablemente, 26 correspondieron a expedientes iniciados con anterioridad a este ejercicio; en este caso, el total general de las pensiones otorgadas sumaron S/. 1,307.17 al mes, en tanto que los 83 casos iniciados y resueltos durante el último ejercicio, alcanzaron una suma general de S/. 5,680.49 mensuales.

Por otra parte, hay que señalar un hecho, cuya atenta observación futura, permitirá llegar a conclusiones satisfactorias, en cuanto a este riesgo: el último año, se mandó reinscribir como asegurados acti-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

vos a 49 pensionados de invalidez, 8 de los cuales se hallaban sujetos al régimen de "Incapacidad Temporal" y los restantes al régimen ordinario de "Invalidez provisional".

También es útil apuntar que en muy alto porcentaje, estos últimos pensionistas se acogen al beneficio adicional de asistencia médica previsto en el Art. 25 de la ley 8433.

Uno y otro procedimiento, al franquear al inhabilitado los beneficios de asistencia médica, están ya contrarrestando los factores mórbidos determinantes de la invalidez.

Seguro de Vejez.

La provisión de medios económicos a quienes alcanzan los 60 años, límite de edad que marca el tiempo del retiro en el seguro peruano, está subordinada al cumplimiento de un período de calificación de 20 años (1,040 imposiciones).

Habida cuenta del hecho, que la ley de seguro obrero ha sido extendida en forma escalonada, a los distintos grupos sociales a partir del año 1941, es claro, que aún hoy, no podrá ningún asegurado haber alcanzado a cubrir aquel período de espera.

Previendo el caso, el Art. 47 de la Ley reconoció en favor de los asegurados, que no alcanzaran aquellos records, el derecho a una pensión reducida, proporcional al monto de sus cotizaciones, siempre qpe el número de imposiciones fuera superior a las 260, pues en su defecto, procede la simple devolución de sus cuotas personales, con intereses.

A este respecto, y refiriéndonos a las pensiones de vejez otorgadas en el último quinquenio, ellas obviamente marcan una línea ascendente con las siguientes cifras:

1948	217	pensiones
1949	314	„
1950	388	„
1951	431	„
1952	656	„

El promedio de las pensiones anuales ha marcado un natural crecmiiento, por razón de la mayor acumulación de imposiciones. Así, en cifras absolutas, los términos medios pagados fueron:

año 1948	S/.	18.87
„ 1949	„	20.56
„ 1950	„	24.40
„ 1951	„	29.62
„ 1952	„	32.99

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

No se otorgó pensiones en 1952, a 1,048 asegurados que alcanzaron los 60 años, en virtud de no haber cubierto el número de 260 imposiciones. A ellos se hizo devolución de sus cuotas personales.

Seguro de Muerte.

Las cifras del último quinquenio, en lo relativo a las prestaciones que se atribuyen, en caso de muerte en forma de "capital de defunción" y "gastos de funeral" fueron las siguientes:

Capital de Defunción

año 1948	448
„ 1949	468
„ 1950	454
„ 1951	377
„ 1952	326

En cuanto a los promedios pagados por expedientes, en ambos casos, los siguientes términos medios fueron registrados.

Capital de Defunción		Subsidio por Funeral	
año 1948	S/. 611.15	año 1948	157.88
„ 1949	„ 699.03	„ 1949	163.05
„ 1950	„ 852.37	„ 1950	322.42
„ 1951	„ 1,725.19	„ 1951	612.20
„ 1952	„ 2,087.31	„ 1952	612.34

La graduación de estos beneficios debidos en caso de muerte, se reguló en cuanto al capital de defunción, con el artículo 18 de la Ley 8509, fijándose en un 33% del salario o renta medios anuales del trabajador fallecido; pero, el Decreto-Ley No. 11321, elevó este monto porcentual, en el mes de marzo del año 1950, al 50% del último salario medio anual del asegurado causante, computándose éste, sobre las semanas, que en los doce meses anteriores al deceso fueron materia de contribución.

El capital de defunción, según el acotado dispositivo de la ley No. 8509, se entrega a los derecho-habientes inmediatamente después del fallecimiento, cualquiera que fuera el número de las cotizaciones pagadas por el trabajador.

En cuanto a los gastos de sepelio, ellos quedaron regulados de acuerdo a la escala prevista en el Reglamento de 18 de febrero de 1941, reformada el año 1950 por el Decreto-Ley 11321, que contempla asignaciones sujetas a 10 categorías, que van de los S/. 400 a los S/. 850, de acuerdo al salario medio percibido por el asegurado, en las cuatro últimas semanas completas de contribución.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Nuevas Inscripciones de asegurados obligatorios al 30 de junio de 1953.

Zona	Enero	Febrero	Marzo.	Abril	Mayo	Junio	Total al 30-6
Lima	2,606	2,131	2,509	3,045	2,779	2,921	15,991
Piura	325	172	169	382	155	702	1,905
Chiclayo	277	213	509	429	531	339	2,298
Chocope	287	98	223	103	142	101	954
Trujillo	201	247	193	95	273	138	1,147
Chancay	384	322	500	504	378	364	2,452
Yauli			1,447	3,253	4,029	1,921	10,650
Cañete	171	138	78	147	246	236	1,016
Callao	269	109	193	213	236	175	1,195
Chincha	96	130	94	115	198	131	764
Ica			627	260	164		1,051
Pisco	53	57	99	114	111	99	533
Arequipa	367	137	464	340	433	287	2,028
Total	5,036	3,754	7,105	9,000	9,675	7,414	41,984

Equipo Sanitario de la Caja; Inversiones al 31 de Diciembre de 1952

Hospital Obrero de Arequipa	S/.	1'732,645.60
Policlínico Obrero del Callac	,,	433,625.88
Hospital Obrero de Cañete	,,	2'240,984.33
Hospital Obrero de Chiclayo	,,	1'919,731.39
Hospital Obrero de Chincha	,,	1'154,567.31
Hospital Obrero de Chocope	,,	1'717,625.41
Hospital Obrero de Ica	,,	1'247,510.94
Hospital Obrero de Huacho	,,	747,874.55
Hospital Obrero de Lima	,,	10'617,054.99
Policlínico Obrero de Pisco	,,	638,215.11
Hospital Obrero de Trujillo	,,	2'676,858.39
Hospital Obrero de Piura	,,	5'422,185.13
Total	S/.	30'780,003.61

No se mencionan en la relación precedente, las inversiones correspondientes al Hospital y al Policlínico de La Oroya, por no encontrarse aún liquidadas las respectivas cuentas.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Información Nacional

CURSILLO SOBRE EL CANCER

Organizado por el Consejo Nacional de Enfermeras del Perú, en colaboración con el doctor Eduardo Cáceres Graziani, Director del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se inició en los primeros días de abril, un cursillo sobre cáncer para el cuerpo de enfermeras.

Ante un numeroso auditorio el Dr. Cáceres dictó su primera lección titulada "Conceptos Generales del Cáncer", afirmando que el cursillo constará de 4 lecciones; siendo los temas de las siguientes: cáncer de la cabeza y cuello; cáncer del seno; y cáncer genital.

Hizo hincapié en su interesante charla, en la importancia que para las enfermeras tenía este cursillo, ya que por encontrarse éstas en contacto con el paciente y sus familiares podían ellas intervenir en la lucha contra el cáncer. Trató de la distribución del cáncer de acuerdo a la edad, sexo, órganos, etc., mencionando el mecanismo de la caquexia cancerosa.

El Dr. Cáceres ilustró su lección con interesantes diapositivos.

Quinto Congreso Sud-Americano de Neuro-Cirugía

El día 12 de abril último en el Paraninfo de la Facultad de Medicina, y en solemne ceremonia, presidida por el señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Luis N. Sáenz, en representación del señor Presidente de la República, General Manuel A. Odría, se efectuó la inauguración del V Congreso Sudamericano de Neurocirugía, importante certamen científico, que ha reunido en esta Capital a altos exponentes de la ciencia neuroquirúrgica de Europa y América.

Acompañaban al Sr. Ministro en el estrado de honor, el Presidente del Congreso doctor Esteban D. Rocca; el Decano de la Facultad de Medicina doctor Carlos Villarán; el Alcalde de Lima Sr. Luis Larco; el Superintendente General de Hospitales doctor Guillermo Almenara; Presidentes de las Delegaciones Extranjeras y de Instituciones Científicas del país.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Abierta la sesión hizo uso de la palabra el Dr. Elysen Paglioli, Rector de la Universidad Federal de Río Grande del Sur y Presidente del IV Congreso realizado en 1951 en Porto Alegre, quien se refirió al significado del mismo, e hizo entrega del Libro de Actas del anterior, cuya importancia remarcó.

A continuación ocuparon la tribuna, el Decano de la Facultad de Medicina doctor Carlos Villarán, el Profesor Humberto Fernández Morán, Presidente de la Delegación de Venezuela en nombre de las delegaciones sudamericanas; el Profesor Toennis de Alemania, a nombre de los países europeos y el Profesor William Seoville de los Estados Unidos, quienes abundaron en conceptos respecto a la importancia del Congreso.

Por último dijo el discurso de orden el Presidente del Congreso Dr. Rocca y a continuación el Sr. Ministro, Dr. Sáenz, declaró inaugurado el Congreso, a nombre del Señor Presidente de la República.

Desde la primera sesión plenaria que se inició el día 13 de abril hasta la última del 18 del mismo mes, se presentaron en ellas valiosos trabajos científicos y se efectuaron también prácticas operatorias de alta cirugía, en el Hospital Obrero de Lima, a cargo de connotados especialistas.

El día 18 se efectuó la sesión de clausura del certamen, con la asistencia de todas las delegaciones participantes, habiéndose dado lectura por el Secretario del Congreso, a los votos y conclusiones del mismo. Entre éstas, se puede citar la que acordó designar como sede del Congreso del año 1955, la ciudad de Montevideo; la que acordó nominar desde ahora a este certamen, "Congreso Latino-Américano de Neuro-cirugía"; y la que convino solicitar, a pedido del delegado Ghersi, crear en la Facultad de Medicina de Lima, la cátedra de Neurocirugía.

A continuación, y previo el discurso del Presidente del Congreso, el Dr. Carlos Lazarte, Director General de Salud Pública, declaró, a nombre del Ministro del Ramo, clausurado el certamen.

Primer Congreso Sud-Americano de Electro-encefalografía

Clausurado el Congreso de Neuro-Cirugía inició sus labores en el Auditorium del Hospital Obrero, el Primer Congreso Sud-Americano de Electro-Encefalografía, durante cuyo desarrolo se presentaron en él, tres temas programados y varios temas libres, todos de gran interés para los estudiosos en esta nueva especialidad. El Congreso tomó importantes acuerdos, entre ellos el de organizar la Sociedad Sud Americana de Electro-Encefalografía.

Comisión Central del Censo de Viviendas

Ha iniciado sus reuniones la Comisión Central del Censo de Viviendas, presidida por el señor Director General de Salud Pública, comenzando a estudiar el plan de acción del Comité Técnico de la Vivienda. Se trató, en la primera sesión, de asuntos relacionados con la organización del Comité, y en la segunda y última celebrada se consideraron

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

varios temas relacionados con la mejor realización de su programa, tales como la invitación a funcionarios especializados en la materia, recopilación de informaciones, capacitación de personal, elaboración de un proyecto de Ficha Censal, etc. La Comisión continuará próximamente sus reuniones.

Instalación del Consejo Superior de Salud Pública

El 23 de abril último se verificó, en la sala de sesiones del Despacho del Sr. Ministro de Salud Pública, la instalación del Consejo Superior de Salud Pública, presidiendo la ceremonia el Sr. Ministro, Dr. don Luis N. Sáenz. Durante ella fueron incorporados a dicho Consejo, numerosos altos funcionarios y profesionales del Ministerio de Salud Pública y de otros ministerios, delegados del Poder Ejecutivo, de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de instituciones médicas.

Serán, entre otras, atribuciones del nuevo organismo, las de establecer normas de coordinación entre el Ministerio del Ramo y los otros ministerios e instituciones que deben resolver problemas vinculados a la Salud Pública; emitir opiniones sobre asuntos técnicos, a consulta del Ministerio del Ramo; estudiar proyectos sobre legislación sanitaria y otros problemas especiales.

El Consejo tomó sus primeros acuerdos creando tres comisiones: la de Reglamento y las que adelantarán estudios acerca del "Saneamiento Integral de Lima" y "Creación del Plan de Sanidad Rural".

El Examen Tuberculino-Radiológico del Gremio de Domésticos

Habiéndose prescrito la obligatoriedad de dicho examen, para los domésticos de Lima, Callao y Balnearios, han sido dados a conocer, a los 45 días de iniciado, sus primeros resultados. Según datos obtenidos en el Dispensario Central Antituberculoso de La Victoria, se ha encontrado hasta entonces 59 enfermos sobre un total de 1,793 personas aparentemente sanas. El índice de morbilidad alcanza al 3.29%. Entre los enfermos mencionados un 61% se encuentran en el grado I de evolución, un 23% en el grado II y un 16% en el III, el más peligroso epidemiológicamente.

Esta investigación reviste indudable importancia, por constituir los domésticos enfermos, focos de infección intrafamiliar de intenso poder difusivo.

Comité Organizador del Primer Congreso Peruano de Salud Pública

Ha quedado instalado en el mes de mayo último, el Comité del rubro, cuya primera sesión fué presidida por el señor Ministro del Ramo.

En el curso de la misma el señor Director General de Salud Pública, Dr. Carlos Lazarte, analizó el proyecto del temario que sometió a consideración de los presentes, en cuya oportunidad el Dr. Fortunato Quesada, en su intervención, hizo presente los patrióticos desvelos del señor Presidente de la República en pro de la salud del pueblo.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Asociación de Médicos del Seguro Social del Empleado

Tuvo lugar la Segunda Reunión de los Miembros de la Jefatura del Departamento Médico del Seguro Social del Empleado. En el transcurso de la misma, el Dr. José Raygada sostuvo con los Miembros de esa organización una charla sobre los problemas que se han presentado para establecer en provincias, el sistema de Libre Elección de Médico, analizándolos y relatando las reuniones que en distintas zonas se hizo indispensable realizar con los médicos, y representantes de los empleadores y empleados. Dejó constancia de la buena voluntad encontrada en esos medios y del éxito alcanzado en coordinar su colaboración, así como de la mejor atención que, para los empleados, ha conseguido en los hospitales existentes.

Las Jornadas Pediátricas del Sur

Se han realizado, entre el 15 y 18 de mayo, en la ciudad de Ica las "Jornadas Pediátricas del Sur", por cuarta vez organizadas por la Sociedad Peruana de Pediatría, y que han reunido a numerosos representantes de nuestros centros médicos.

Fué presidido este certamen por el Dr. Otto Fieck, Presidente de la Sociedad Peruana de Pediatría, y a él han asistido conocidos profesionales, que llevaron a las Jornadas, la representación de numerosas instituciones científicas del país.

Fueron presentadas en estas reuniones ponencias de sumo interés para los especialistas en Pediatría. En la última de las Jornadas se dió lectura a las Conclusiones, Votos, Recomendaciones y al Acta Final.

Numerosas actuaciones de carácter oficial y social dieron realce a las Jornadas Pediátricas del Sur.

Campaña Profiláctica contra el Bocio

A fin de iniciar, en las zonas bociógenas del país, una campaña profiláctica que incluye el consumo de sal yodada, han llegado del extranjero y serán distribuídos en ellas, muy en breve, algunos de los diez equipos iodizadores de sal, importados por el Ministerio de Salud Pública.

El mes de lucha contra el Cáncer

La campaña que, bajo la dirección de su Comité Médico-Técnico conduce la "Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer", se ha intensificado en el transcurso del mes de junio, oficialmente declarado mes de la lucha contra el cáncer, habiéndose realizado actuaciones de carácter científico y colectas públicas.

Es digna de mención especial la inauguración que se acaba de efectuar del Centro Detector del Cáncer, que facilitará el descubrimiento de los cánceres incipientes en mujeres. Conferencias, audiciones radia-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

les, actuaciones sociales y la realización de una colecta pública pro-consecusión de fondos para lograr los fines buscados, han tenido lugar con todo éxito.

De gran trascendencia para la colectividad, así como para la profesión médica, constituyen los resultados preliminares obtenidos por el Centro Detector al cumplir el chequeo de 100 "examinadas" normales o aparentemente normales. Los hallazgos clínicos o de laboratorios pueden resumirse a la fecha en la siguiente forma:

Clínicamente normales	11 %
Con alguna patología no tumoral	76 %
Con tumores benignos	11 %
Con tumores malignos o cáncer incipiente	2 %

Como el chequeo del Centro Detector, está específicamente orientado a descubrir los cánceres incipientes y lesiones precancerosas, cuando no producen síntomas en la persona afectada, y por lo tanto ésta se considera perfectamente sana, el Centro Detector ha remitido ya el 59% de las personas examinadas con patología no tumoral a ser atendidas o tratadas por sus médicos particulares u otros centros asistenciales. El 30% de las examinadas en que se han hallado tumores benignos, han sido referidas la atención gratuita del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y el 2% correspondiente a cánceres incipientes que aún no presentan síntomas, han sido referidas a sus cirujanos particulares.

Creación de un Barrio Médico

El Comité Ejecutivo de Profesionales de la Federación Médica Peruana, ha dado a publicidad, un comunicado emitido el 28 de mayo del presente año, en que anuncia que ha quedado totalmente cubierta, por sus propios asociados, la suscripción de acciones que permitirá construir el Barrio Médico, que incluirá una gran clínica propia, zona comercial con super-mercado y cine, etc. Se están realizando ya los estudios y trabajos previos.

El mismo comunicado informa, que se halla en funcionamiento el Seguro Colectivo, mediante el cual, cada profesional dispondrá de un fondo de S/. 50,000.00 para sus familiares, duplicable en caso de accidente.

Nueva Sala Hospitalaria para Invidentes

La sociedad filantrópica "La Luciérnaga" ha donado al Hospital de San Juan de Dios—Callao—una nueva sala para el tratamiento de las enfermedades de la vista, que ha venido a reemplazar al antiguo y ya inapropiado lugar con que se contaba. La sala fué inaugurada con asistencia del señor Director General de Salud Pública y de altas personalidades nacionales y extranjeras.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Viviendas para Empleados en La Oroya

En la ciudad de La Oroya y con asistencia del señor Ministro de Salud Pública, se realizó la ceremonia de colocación de la primera piedra del Agrupamiento de Viviendas para empleados, que levantará el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, sobre un terreno contiguo al Hospital que ha sido donado por acuerdo de la Cerro de Pasco Copper Corporation con la Caja Nacional de Seguro Social.

El Agrupamiento constará de 160 departamentos de dos y cuatro dormitorios, con sus respectivos servicios, será construído sobre un área de 16,800 metros cuadrados a un costo de tres millones de soles y en el plazo de un año.

Ceremonia de Instalación de la Comisión sobre Mutualismo

El 30 de mayo último se instaló la Comisión nombrada por el Supremo Gobierno, para que formule el proyecto del Reglamento sobre mutualismo para Empleados Públicos.

La ceremonia se verificó en el local del Ministerio de Justicia y Culto y fué presidida por el Dr. Alejandro Freundt Rosell, Ministro del ramo.

Se inició con la lectura de la Resolución Suprema, que autoriza la creación de la Comisión que está presidida por el Director General del Servicio Civil y Pensiones e integrada por altos funcionarios de los Ministerios de Relaciones Exteriores, Gobierno, Hacienda, Fomento y Obras Públicas, Educación, Agricultura y Trabajo.

A continuación hizo uso de la palabra, el Presidente de la Comisión, Dr. Pedro Patrón Faura pronunciando el discurso cuyo texto se incluye a continuación, cerrándose el acto con palabras alusivas pronunciadas por el señor Ministro.

La Comisión iniciará muy en breve sus funciones, en el propósito de incorporar al goce del beneficio mutual a más o menos 20,000 servidores de 8 Ministerios que hasta ahora habían permanecido al margen del mismo.

> Discurso del Director General del Servicio Civil y Pensiones y Presidente de la Comisión Encargada de Formular el Proyecto de Reglamento de Mutualismo para Empleados Públicos, en la ceremonia de la instalación, el sábado 30 de mayo último.

Señor Ministro de Justicia y Culto,
Señores Directores,
Señores Todos:

Se ha incluído en el Programa con que celebramos el Tercer Aniversario del ESTATUTO Y ESCALAFON DEL SERVICIO CIVIL, la ceremonia de instalación de la Comisión creada por Resolución Suprema de 8 de los corrientes, a fin de que formule un Proyecto de Reglamento

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Mutual para Empleados Públicos; porque el 29 de Mayo es la fecha clásica de los servidores civiles del Estado y es preciso que siempre esté vinculada a algún acontecimiento importante, relacionado con nuestro ascendente progreso social y económico.

Y al conjuro de esta magna fecha, el "Día del Empleado Público", que conmemoramos ayer, debemos hacer un recuento de los beneficios que a lo largo de estos últimos 5 años, tan intensa y fructíferamente vividos por nuestra Patria, ha obtenido el servidor civil gracias a la obra social realizada por el Gobierno del General Odría.

En efecto, en noviembre de 1948 se creó el SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO, que cubre con adecuadas prestaciones los riesgos de enfermedad, maternidad y muerte, los que empezaron a hacerse efectivos al iniciarse el año 1949.

En 1950, con la alborada del 29 de Mayo, se consagró en el ESTATUTO Y ESCALAFON DEL SERVICIO CIVIL, la estabilidad en el empleo y el derecho al ascenso; reconociendo, además, muchos nuevos beneficios que constituían aspiraciones justas del servidor público, pero que eran hasta entonces inalcanzables.

El 29 de Mayo de 1951, complementando los beneficios acordados en el Estatuto, se dictó un Decreto Supremo concediendo BONIFICACION POR FAMILIA y por TIEMPO DE SERVICIOS a los empleados públicos.

Estas bonificaciones, que tanto provecho vienen proporcionando a quienes las perciben, los cuales se cuentan por miles, empezó a abonarse a partir del 1º de enero de 1952.

Así mismo, el 15 de este mes, el Gobierno, sensible a las necesidades de los servidores del Estado, nos otorgó un aumento del 15 y del 30% sobre los sueldos básicos.

Finalmente, como un jalón más a este proceso brillante de reivindicaciones del empleado público, el señor Presidente de la República, ha decidido encargar a una Comisión Especial, la organización del Mutualismos para los Empleados Públicos, haciendo extensivo para éllos las ventajas indiscutibles que el Régimen Mutual viene proporcionando al Poder Judicial, a los Institutos Armados, al Magisterio Nacional, al Personal Sanitario y a algunas otras Instituciones de servidores del Estado.

El MUTUALISMO es una Institución social muy antigua, que se ha difundido en todo el mundo en forma cada vez más creciente. En particular en el Perú, existen ya numerosas entidades de este género, tanto públicas como privadas, que vienen desarrollándose eficazmente y que gozan de un estado económico cada vez más floreciente.

Se inspira en el precepto cristiano de solidaridad social. En la reunión de pequeños aportes encaminados a formar grandes capitales, con los que se ha de prestar ayuda oportuna a quienes lo necesitan.

Significa en el fondo, un poco de interés personal esperando la percepción de un beneficio futuro y un mucho de desprendimiento y de generosidad para contribuir al bien colectivo.

En la época moderna, ya no cabe aceptar al individuo como un ente social aislado, que sólo piensa en sí y para sí. La vorágine de la

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

vida intensa y sus múltiples problemas espirituales, sociales y económicos, nos impulsan a buscar la unión con nuestros semejantes para progresar y para defendernos mejor del dolor y de la miseria que aquejan a la Humanidad. Nadie puede escapar al dolor, por rico y poderoso que sea, y que grato es, encontrar entonces a nuestro alrededor, un ambiente solidario de consuelo, el cual hemos contribuído a formar con nuestro aporte personal.

Eso es en esencia el sentido humano y social del MUTUALISMO. dar, dar siempre, para ayudar a los demás y para ayudarse a sí mismo. De ahí que este enunciado rebase ya el concepto esencialmente individualista de quienes pretenden sustraerse a la cuota colectiva, por que no tienen a quien dejar el beneficio en caso de muerte. No obstante que en la práctica, resulta un poco difícil suponer que haya alguien que no cuente con un ser querido, un pariente, un amigo, una Institución Social o Religiosa para dejarle su Mutual. Y si tal fuera, puede en todo caso, tener la satisfacción de haber participado con su pequeña y modesta contribución, a proporcionar un poco de bienestar y de alegría a otros seres, que con más angustia lo reclaman.

La orientación y las bases del mutualismo han venido evolucionando con el transcurso del tiempo. Hoy ya no se le concibe como una Institución estática, cuyos socios son meros contribuyentes para constituir un capital que al fallecer lo han de legar a sus deudos. En otras palabras: un simple seguro de vida.

Si bien por sí mismo, este sistema tradicional ha tenido siempre una gran aceptación porque resulta en el fondo un AHORRO previsor en favor de sus familiares, el concepto moderno de Mutualismo ha avanzado ya con pasos de gigante.

Las organizaciones modernas son más dinámicas y más prácticas. No piensan únicamente en ayudar a la familia del asociado en cuanto éste fallezca. Tratan también, de ayudarle en vida, por diversos medios. En nuestro país, contamos con varias entidades que han adoptado el nuevo régimen, logrando un gran éxito social y económico.

La Comisión que me honro en presidir, tendrá a la vista todos los Estatutos Mutuales vigentes, para tomar de éllos lo que sea aplicable a nuestra futura organización. Principalmente, se procurará implantar en forma gradual, de acuerdo con las posibilidades económicas de la nueva Institución, beneficios más avanzados, que sobre todo no estén previstos en el Estatuto del Servicio Civil; en el Seguro Social, ni en la Legislación de Pensiones.

De esta suerte, además del auxilio por fallecimiento, ascendente a una suma que puede girar entre S/. 15,000.00, S/. 20,000.00 o S/. 30,000.00, se estudiaría la posibilidad de establecer las siguientes prestaciones:

a) Subsidio por matrimonio, consistente en una determinada suma para ayudar al empleado o empleada que ha de contraer nupcias.

b) Subsidio por ancianidad, en favor del servidor público que es separado por límite de edad.

c) Subsidio por invalidez absoluta, al que cese por incapacidad física total y permanente.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

d) Préstamos a los servidores con un pequeño interés anual.

e) Subsidios por fallecimiento de determinados familiares tales como, cónyuge, padres e hijos.

Finalmente, cuando se haya constituído un fuerte capital de reserva, se podrá encarar la posibilidad de adquirir grandes extensiones de terreno urbanizable, que se vendería en lotes a los asociados, al mismo precio de compra, más un pequeño recargo por concepto de gastos generales y a plazos de 2 o 4 años.

En cuanto a su campo de aplicación, se puede adelantar que comprenderá en primer término a los empleados que sirven en los Ministerios que aún no gozan del régimen mutual. Se intentará incorporar también, a los de las Entidades Estatales que tampoco lo tuvieren. Y por último, se podría incluír a los actuales Cesantes y Jubilados, dentro de ciertas condiciones, teniendo en cuenta la edad y el estado de salud de cada pensionista.

Desde luego que los beneficios mencionados tendrían que aplicarse gradualmente, de acuerdo con estudios estadísticos y cálculos financieros que previamente se han de efectuar.

Sin embargo, se puede asegurar desde ahora, que las perspectivas son muy halagüeñas y es probable que en el trascurso de pocos años, el Mutualismo de los Empleados Públicos, se convierta en una Institución poderosa con un patrimonio de varios millones de soles, que preste numerosos y efectivos servicios a sus asociados.

Para lograr ese magnífico objetivo, sólo se requieren dos condiciones: BUENA ORGANIZACION y HONRADEZ en el manejo del patrimonio común.

Al instalarse hoy esta Comisión, damos un paso de enorme trascendencia para el porvenir económico de los empleados del Estado y creo que todo saldrá bien.

Contamos en primer lugar, con el valioso y decidido apoyo de nuestro Gobernante el señor General Odría y de sus colaboradores inmediatos, los señores Ministros de Estado.

Por otra parte, esperamos que los servidores civiles nos estimulen y nos ayuden en esta labor con sus iniciativas y sugerencias, que serán siempre bien acogidas.

El trabajo que se va a realizar, con la colaboración de los distinguidos y entusiastas funcionarios, que conmigo integran la Comisión, demanda esfuerzo, dedicación y hasta sacrificio; porque tendremos que restales horas al descanso para cumplir la misión que se nos ha encomendado. Pero bien vale la pena todo sacrificio, cuando se trata de una noble causa.

Ojalá que la Providencia nos ilumine, para llegar pronto a puerto con el viento en popa y las velas desplegadas.

El día que el Mutualismo sea una realidad, habremos cumplido con un deber de conciencia social, hacia nuestros compañeros de labor los empleados públicos y con nosotros mismos. Porque gracias a esta gran Institución, aseguraremos el porvenir de nuestros hijos, liberándoles del tremendo dolor de un día sin mañana.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Señor Ministro:

Os rogamos declaréis instalada la Comisión, que ha de formular el Reglamento de Mutualismo para Empleados Públicos.

Muchas gracias.

Ciclo de información sobre cuestiones sociales para Trabajadores.

Se inició el 18 de mayo del presente año y continúa desarrollándose con todo éxito el primer "Ciclo de Informaciones Sociales para Trabajadores", cuyo objeto es difundir entre éstos el conocimiento de sus derechos y obligaciones en la relación ocupacional.

Durante la ceremonia inaugural, que presidió el Ministro de Trabajo, General Armando Artola en representación del Presidente de la República, hicieron uso de la palabra, además de éste, el Director General de Trabajo Comandante Manuel Pérez Godoy, el Secretario General del Sindicato de Choferes de Lima, un representante de los obreros textiles y el Dr. Mariano Iberico Rodríguez, Rector de la Universidad Mayor de San Marcos.

Delegación del Perú a la XXXVI reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo.

La delegación del Perú a la trigésima sexta reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, que se ha reunido en Ginebra desde el 4 de junio del presente ha sido presidida por el Director General de Trabajo, Teniente Coronel Manuel Pérez Godoy.

Nuevo Corresponsal de la O. I. T. en el Perú.

Ha sido nombrado corresponsal de la Oficina Internacional del Trabajo en el Perú, el doctor Leonidas Avendaño.

Números indicadores del Costo de la vida en Lima.

Completando la información publicada en el número anterior—por gentileza de la Direción Nacional de Estadística—insertamos a continuación los datos referentes al mes de febrero del año en curso.

De ellos se desprende que el índice general ha subido de 586.88 en el mes de enero a 587.75, en febrero.

Sus componentes han sufrido las siguientes fluctuaciones: alimentación ha bajado de 702.2 a 701.8; habitación ha subido de 332.0 en enero a 334.2; indumentaria de 618.0 a 620.0 y diversos de 445.0 a 448.0.

Comité Nacional de Estadística Vital y Sanitaria.

El Comité del rubro, que como informáramos en número anterior fué instalado en el mes de enero último, tiene las siguientes finalidades:

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

a.—Perfeccionar el sistema de registros de nacimientos y defunciones.

b.—Establecer normas y procedimientos que regulen la elaboración de estadísticas vitales y sanitarias.

c.—Coordinar las actividades de todas las instituciones relacionadas con las estadísticas vitales y sanitarias.

d.—Realizar y estimular estudios e investigaciones estadísticas relacionadas con los problemas de la Salud Pública.

e.—Establecer relaciones con los organismos análogos de otros países.

Su programa de trabajo, está dividido en los siguientes Sub-comités: Registros de Estado Civil, Estadísticas de Nacimientos, (incluyendo mortalidad fetal); Estadística de Defunciones, Estadística de Enfermedades Transmisibles; Estadística de Morbilidad General; Estadística Hospitalaria; Certificación Médica de Nacimientos y Defunciones.

En cumplimiento de estos fines, el Comité Nacional de Estadística Vital y Sanitaria, ha encomendado primeramente al Sub-Comité de Registro Civil, la programación de un ciclo de audiciones radiales, por intermedio de Radio Nacional, que se trasmiten los días martes a las 6.30 p. m.

Estas charlas versan sobre "La obligación y los beneficios de la inscripción de los nacimientos en el Registro Civil".

Se recalca en ellas la necesidad que tiene toda persona de poseer dicho documento, ya que las partidas de bautizo carecen de valor legal.

La primera de estas audiciones tuvo lugar el 30 de junio último y estuvo a cargo de los doctores O. Tellez-Sarzola, Secretario del Comité y Manuel Orellana, Jefe de la Oficina del Registro Civil de la Municipalidad de Lima.

Primer mes de funcionamiento del Departamento de la Madre y el Recién Nacido.

La Central de Asistencia Social que fundara y dirige la esposa del Presidente de la República, señora María Delgado de Odría, empeñada en su obra de bien social, inauguró en los últimos días de mayo, la dependencia del rubro, para auxiliar a las familias necesitadas, en los casos de enfermedad o penuria económica.

La finalidad de este Departamento—a cargo del Dr. Víctor Morales Delgado con quien colaboran distinguidos profesionales—es prestar asistencia pre-natal y continuar esa ayuda en el parto y sus consecuencias, ampliándola al recién nacido y a la protección económica del hogar

Este servicio organizado por propia iniciativa de la señora de Odría, funciona día y noche. Su personal de médicos y obstetrices está listo para acudir al llamado de los familiares de las madres indigentes, atendiéndolas en sus propios hogares, con observancia, desde luego, de las más estrictas normas de asepsia y controlándolas después, durante el puerperio. Al mismo tiempo el niño recibe similares cuidados, pues se le inscribe oportunamente en los Preventorios del Ministerio de Salud Pública que asume el control de su desarrollo.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Es interesante consignar—cumplido el primer mes de funcionamiento—los siguientes datos estadísticos que demuestran la gran labor que cumple esta Dependencia:

El Departamento de la Madre y el Recién Nacido, ha trabajado con un total de 319 madres inscritas en sus registros, entre los 8 y 9 meses de gestación, las que han sido atendidas en el Consultorio Pre-Natal.

De este total, 121 tuvieron sus partos con toda felicidad, en sus propios domicilios, merced a la atención de profesionales de esta dependencia; 30 dieron a luz en la Sala para Partos Distósicos instalada en el Pabellón No. 7 de la Maternidad de Lima, anexo al Departamento en referencia, que a su verz continúa en el cuidado solícito de las restantes madres inscritas y ha prestado en el mes de junio, 528 atenciones en el servicio de puerperio.

Igualmente este Departamento, va sentando las normas más indicadas por la Puericultura, llevándolas como enseñanzas prácticas al propio hogar.

El Departamento aludido cuenta también con un Servicio de Asistencia Social, que estudia los casos que exigen ayuda social, establece el diagnóstico y formula el tratamiento.

Este organismo cuenta también con un Equipo de Educadores de Hogar, que están en su primera etapa de captación de la realidad ambiental, a fin de seguir el procedimiento educativo más adecuado, en conexión con la idiosincracia de los sectores respectivos.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Información Extranjera

ORGANISMOS INTERNACIONALES

121 Reunión del Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo.

El Consejo celebró su 121ª reunión en Ginebra, entre el 3 y 6 de marzo del año en curso, bajo la presidencia del señor Fernando García Oldini, Ministro de Chile en Suiza y representante titular de su Gobierno ante el Consejo, a cuya presidencia fué promovido por unanimidad, por cese del señor F. Cisternas.

De acuerdo con el informe de la Comisión de Presupuesto y Administración, el Consejo adoptó las previsiones presupuestarias para el ejercicio 1954, ascedentes a 6'311,170 dólares.

El Consejo examinó las recomendaciones y sugestiones contenidas en las actas e informes de cuatro conferencias celebradas el año 1952 en Ceilán, Ginebra y Lima.

En cuanto a los problemas relacionados con la protección de los jóvenes trabajadores de Asia, en relación con su formación profesional estudiados en la reunión de Kandy, el Consejo acordó insertar el informe respectivo en un documento especial, que será presentado a la Conferencia Regional Asiática que se reunirá en el próximo mes de setiembre en el Japón.

En relación con la reunión de expertos en productividad en las industrias manufactureras celebrada en Ginebra en diciembre de 1952, decidió el Consejo, que las conclusiones de los expertos se comunicasen a los gobiernos, solicitándoles que llamaran la atención sobre ellas a las organizaciones de empleadores y trabajadores, a las organizaciones naciones e intergubernamentales interesadas en el aumento de la productividad, así como al Comité Internacional de organización científica, con la sugestión de que éste, a su vez, las pusiera en conocimiento de sus organizaciones constitutivas.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Tomó conocimiento el Consejo del informe acerca de la Conferencia Técnica Latinoamericana de Mano de Obra, celebrada en Lima, en diciembre de 1952.

A este respecto se estimó que sería prematuro dar efecto a la proposición relativa a la creación de una Comisión latinoamericana de mano de obra, con carácter permanente y compuesta de expertos latinoamericanos, la cual estaría encargada de informar a la Organización y al Centro de acción de la Oficina en América Latina, sobre la evolución de la situación de la mano de obra y sobre las más urgentes necesidades de los países de la región. Se consideró sin embargo la posibilidad de crear un comité de correspondencia, como órgano de consulta sobre estas materias.

El Consejo de Administración autorizó al Director General para que comunicase el informe a los gobiernos, que habían sido invitados a participar en la Conferencia, así como a las Naciones Unidas y a las organizaciones intergubernamentales interesadas. Se autorizó asímismo al Director-General para señalar a la atención de los gobiernos y de las organizaciones no gubernamentales interesadas, las sugesiones y recomendaciones adoptadas por la Conferencia en lo que concierne a la organización de los servicios de empleo, formación profesional, migraciones, coordinación de las políticas nacionales en materia de mano de obra y la asistencia que podrían prestar, en colaboración con la O. I. T., las diversas entidades internacionales. Asímismo se tomó nota de que el Director General, al establecer el programa de actividades que la Organización desarrollará en América latina en el campo de la mano de obra, tendrá en cuenta las proposiciones formuladas por la Conferencia y las indicaciones hechas por el Consejo.

Fué examinado el informe de la reunión de expertos, convocada para estudiar la prevención y supresión del polvo en los trabajos de minas, respecto al cual se autorizó al Director General para comunicar sus recomendaciones a los gobiernos y entidades interesadas.

Fueron acogidas favorablemente dos recomendaciones de los expertos, encaminada una a poner en conocimiento de los gobiernos interesados, los documentos técnicos tenidos a la vista y las discusiones promovidas sobre los mismos, y la otra, orientada a la celebración de una Reunión análoga para considerar con mejor detalle los problemas surgidos en el interregno.

El Consejo examinó además distintos puntos relacionados con las Comisiones Consultivas de Empleados y Trabajadores Intelectuales, de Transportes Interiores, Textil y de Industrias Mecánicas.

En relación con la propuesta de la Federación Internacional de Mineros, acerca de convocación de una conferencia tripartita sobre coordinación de regímenes de seguridad social para mineros en Europa, se estimó, en vista de las consultas cursadas por el Director General, que éste discutiera con la Alta Autoridad de la Comunidad del Carbón y del Acero, los medios adecuados para tratar los problemas de seguridad social que afectan a los mineros migrantes europeos.

Se tomó nota del desarrollo del programa de asistencia técnica de la O. I. T. Durante el primer ejercicio financiero, los gastos se ele-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

varon a 336,315 dólares; en 1952 llegaron a 1'875,561. Las previsiones para 1953 excedían de 2'500,000 dólares y para 1954 serían de más de 4'646.400 dólares.

Se acordó que la 122 reunión del Congreso de Administración, se celebrará en Ginebra el 29 y 30 de mayo y la 123, del 16 al 28 de noviembre del presente año.

El programa de reuniones para 1953, quedó fijado en la siguiente forma:

Comisión de Expertos sobre Política Social en Territorios no Metropolitanos: Se celebraría en Lisboa a fines de 1953.

Comisión de Expertos en Trabajo Indígena: Tendría lugar en Ginebra a fines del presente año.

Orden del día:

1.—Medidas tomadas para dar curso a las resoluciones de la primera reunión de la Comisión de Expertos en Trabajo Indígena.

2.—Condiciones de vida y de trabajo de las poblaciones indígenas silvícolas.

3.—Legislación relativa a las poblaciones indígenas silvícolas.

4.—Métodos empleados y resultados logrados con miras a la integración de las poblaciones indígenas silvícolas.

36ª Conferencia Internacional del Trabajo

Entre el 4 y el 27 de junio último, se reunió en el Palacio de las Naciones Unidas de Ginebra, la 36ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo.

El orden del día fué el siguiente:

1—Memoria del Director General.
2—Cuestiones financieras y de presupuesto.
3—Informaciones y memorias sobre la aplicación de los convenios y recomendaciones.
4—Vacaciones pagadas (primera discusión).
5—Protección de la salud de los trabajadores en los lugares de trabajo (decisión final).
6—Edad mínima de admisión a los trabajos subterráneos en las minas de carbón (decisión final).
7—Organización y funcionamiento de los servicios nacionales del Trabajo (discusión general).
8—Modificación en la Constitución de la OIT.

Entre las resoluciones aprobadas figura la relativa al:

1) establecimiento de servicios de asistencia médica y dispensarios para los trabajadores y sus familias, unidades móviles, enfermeros y personal médico adecuado; hospitales con servicios de consulta externa; asistencia médica a las esposas de los trabajadores antes, durante y después del alumbramiento; sistemas para la formación de personal mé-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

dico, de salubridad y enfermería, así como sistemas de inspección regular de los hogares de los trabajadores para descubrir desde un principio los casos de enfermedad y asegurar atención médica; creación de Juntas Médicas con representación de los trabajadores;

2) exámenes médicos a los trabajadores contratados, antes de su traslado a la plantación, campamentos, facilidades de aseo, alimentación y descanso;

3) servicios de saneamiento y abastecimiento de agua, y formación de personal para la inspección sanitaria;

4) trabajo más ligero y descanso suplementario para las mujeres embarazadas, sin reducir las prestaciones en especial a que éstas tengan derecho;

5) prestaciones de enfermedad a los trabajadores hasta que se introduzca la seguridad social en favor de los mismos.

Próximas reuniones de la A. I. S. S.

Las siguientes reuniones se llevarán a cabo en el curso del segundo semestre del presente año:

París, 31 de agosto de 1953 — 12 de setiembre de 1953

Comisión permanente Médico Social.
Lunes, 31-8-1953 a miércoles 2-9-1953.

Comisión Permanente de la Mutualidad (Para los representantes de mutualidades únicamente).
Martes, 1-9-1953 y miércoles 2-9-1953.

Comité Ejecutivo (Para los miembros del Comité Ejecutivo únicamente).
Jueves, 3-9-1953 y viernes 4-9-1953.

(El sábado 5-9-1953 no habrá reuniones).

XI Asamblea General.
Lunes, 7-9-1953 a viernes 11-9-1953.

Comité Ejecutivo (Para los miembros del Comité Ejecutivo únicamente).
Jueves, 12-9-1953.

Renuncia del Dr. Rebagliati a la Vicepresidencia de la A. I. S. S.

En virtud de haber sido nombrado Embajador del Perú en México, el doctor Edgardo Rebagliati, Vicepresidente de la A. I. S. S. en la imposibilidad de continuar sus funciones en la Asociación, se ha visto obligado a dimitir la Vicepresidencia de la misma.

De acuerdo con el Art. 2, 1), b), del Estatuto, la Mesa Directiva ha designado en su reemplazo con carácter interino al Lic. Delfín Sánchez Juárez, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Dr. Rebagliati, ha recibido del Secretario General una carta de agradecimiento, recordándose el hecho de haber sido la Caja Nacional de Seguro Social del Perú, cuya dirección ejerciera, la primera Caja latinoamericana que se afilió a la A. I. S. S. en 1938.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Entrada en vigor del Acuerdo relativo a la seguridad social de los bateleros renanos

Con la ratificación belga depositada el 4 de marzo pasado, se completó la aprobación por todos los Estados contratantes ribereños del Rin (Francia, Países Bajos, República Federal del Alemania, Suiza y Bélgica), del Acuerdo relativo a la seguridad social de los bateleros renanos adoptado por la Conferencia gubernamental relativa a la marinería renana, celebrada en París el 27 de julio de 1950.

El acuerdo, consecuentemente, entrará en vigor el 1º de julio próximo, y afectará alrededor de 45,000 bateleros de diversas nacionalidades ocupados en la navegación renana, comprendiendo protección contra los riesgos de enfermedad, defunción, invalidez, vejez, accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, desempleo, así como asignaciones familiares, poniendo fin a los conflictos de jurisdicción entre los diversos regímenes de seguridad social, de los respectivos sistemas nacionales implicados.

Ratificación de Convenios

Se han registrado las siguientes nuevas ratificaciones:

La relativa a la organización del servicio del empleo (1948) por parte de Bélgica, en 16 de marzo pasado, y la ratificación por parte de Francia del convenio relativo a la igualdad de remuneración entre la mano de obra femenina por un trabajo de igual valor (1951), registrada al 10 de marzo de 1953.

Por Yugoslavia, en 26 de marzo del año en curso en convenio relativo a las vacaciones anuales pagadas (1936).

Israel, en 30 de marzo pasado, de tres convenios adoptados en 1949: el relativo a las vacaciones pagadas de la gente de mar (revisado): el concerniente a las cláusulas de trabajo en los contratos celebrados por las autoridades públicas, y el referente a los trabajadores migrantes (revisado)

Por Estados Unidos, en 9 de abril pasado, del Convenio relativo al certificado del marinero preferente (1946). Este Convenio, es uno de los nuevos adoptados en la 28ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Todos ellos, con excepción del concerniente a la seguridad social de la gente de mar, se encuentran ya vigentes.

ARGELIA

Seguridad Social de los trabajadores no agrícolas

Un decreto de 30 de octubre de 1952, ha modificado y completado el campo de aplicación del seguro de enfermedad, maternidad, invalidez y muerte, fijando las modalidades de aplicación del Seguro de larga enfermedad.

En sus distintas partes reglamenta la citada disposición, la estructura administrativa de la Caja Central Argelina de Seguros Sociales; dispone la cobertura por el seguro de enfermedad, en beneficio del ase-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

gurado y de los miembros de su familia, de los beneficios de gastos médicos, farmacéuticos, de intervención quirúrgica, de hospitalización, de análisis de laboratorio, de tratamiento y de prótesis dental, de aparatos quirúrgicos y gafas, y de curas termales en Argelia.

La incapacidad para el trabajo se subsidia a partir del décimosexto día y hasta la curación o consolidación de la herida, y a lo más, hasta la expiración de un período de asistencia de seis meses, a contar de la primera consulta médica.

El subsidio es igual a la mitad de la remuneración diaria, sin que pueda exceder de la sexagésima parte de la remuneración mensual.

En cuanto al seguro de larga enfermedad, éste cubre para el asegurado y los miembros de su familia—cónyuge no asalariado ni divorciado, ni repudiado y de los hijos a su cargo—, las prestaciones en especie, es decir, la cobertura de los gastos de toda clase necesarios para que el enfermo pueda curarse y, en beneficio del asegurado solamente, una asignación mensual igual a la mitad del salario, de que el interesado se encuentre privado a causa de la enfermedad, con un límite igual a la mitad del salario mensual máximo considerado para el cálculo de las cotizaciones debidas, por un asegurado cuyo salario se abona mensualmente.

Es importante destacar que en este sistema, las afecciones tuberculosas y cancerosas se toman en cuenta para los efectos del seguro de larga enfermedad, en la medida en que dichas afecciones sean graves y reduzcan de manera importante la capacidad de trabajo, y en cuanto dichas enfermedades sean curables o susceptibles de mejoría, de manera que el individuo no pueda ser considerado como inválido. Además, y en cuanto a estas afecciones, no es necesario que el enfermo adolezca efectivamente de tuberculosis o de cáncer. Basta que los médicos estimen que la supresión de las prestaciones del seguro de enfermedad no es aconsejable, por la presunción del carácter tuberculoso o canceroso de la afección en causa.

El derecho a las prestaciones del seguro de larga enfermedad, se habilita cuando el asegurado ha estado afiliado desde un año por lo menos antes de la enfermedad y ha por lo menos trabajado, ya sea durnte 30 días a 220 horas o 60 medias jornadas en el curso del trimestre civil, ya sea durante 60 días o 400 horas o 120 medias jornadas, en el curso del semestre civil que precede a la fecha de la comprobación médica de la enfermedad. El asegurado, que durante seis trimestres civiles consecutivos no haya reclamado el pago de ninguna cotización, deja de poder prevalecerse de su afiliación, para beneficiarse del seguro de larga enfermedad. En este caso, el nuevo punto de partida de la afiliación se fija en el primer día del trimestre civil en el curso del cual el asegurado reanude una actividad que dé lugar al pago de cotizaciones.

Las prestaciones en este caso son las mismas que las del seguro de enfermedad, y en lo que se refiere al asegurado mismo, comprenden una asignación mensual igual a la mitad del salario de que se encuentre privado por el hecho de la enfermedad, dentro del límite de la mitad del salario mensual máximo considerado para el cálculo de las cotizaciones debidas por un asegurado cuyo salario se abone mensualmente.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

El seguro de maternidad cubre los gastos médicos, farmacéuticos y de hospitalización relativos al embarazo y al parto y sus consecuencias, bajo la forma de una suma global, y garantiza a la asegurada asalariada, el pago de una indemnización diaria de descanso. Es igualmente titular de este goce, el cónyuge no asalariado, no divorciado, no repudiado que no esté afiliado al seguro social. La asegurada debe haber estado afiliada, por lo menos, desde un año antes de la fecha del parto y haber cumplido 90 días de trabajo, por lo menos, en el curso del semestre que preceda a la fecha del alumbramiento.

La prestación en dinero comprende una suma global. El subsidio en caso de descanso, equivale a la mitad de la remuneración diaria de base, sin que pueda ser superior a la sexagésima parte de la remuneración mensual máxima considerada para el cálculo de las cotizaciones debidas por un asegurado, cuyo salario se abone mensualmente. A lo más el subsidio se prolonga por 8 semanas.

El seguro de invalidez comprende la concesión de una pensión al asegurado que se encuentra en estado de invalidez, considerándose que éste se califica por la reducción de dos tercios de la capacidad de trabajo y de ganancia. Como requisitos para el disfrute de estas pensiones, se exige que la primera comprobación médica de la causa de la invalidez sea anterior a la fecha en que cumplió los sesenta años; deberá igualmente haber estado afiliado desde seis meses antes de la enfermedad inhabilitante y haber cumplido un mínimum de 90 días a 600 horas o 180 medias jornadas de trabajo, en el semestre que precede a la invalidez.

La pensión es igual al 30% del salario medio de los tres últimos años o de los años comprendidos desde la afiliación, cuando los invalidos son capaces de ejercer una actividad remunerada; 40% para los inválidos absolutamente incapaces de ejercer una profesión, y de 50% para los inválidos que siendo absolutamente incapaces de trabajar, necesitan ayuda de tercero, para efectuar los actos ordinarios de la vida. Pueden las pensiones ser revisadas a causa de una modificación del estado de invalidez, concediéndose siempre con carácter temporal. Se suspenden las mismas, total o parcialmente, cuando la capacidad de ganancia del asegurado llega a ser superior al 50% o cuando la capacidad de ganancia llegue al 66%.

El seguro de defunción, garantiza el pago de una suma funeraria, siempre que el asegurado hubiere estado afiliado, por lo menos desde un año antes de la fecha de su muerte y haber trabajado durante 90 días o el número de horas o medias jornadas equivalentes en el curso del semestre anterior a la defunción. El capital es igual a 90 veces la remuneración diaria de base, sin que pueda ser superior a tres veces el salario máximo mensual.

Cabe finalmente recordar que si bien el Decreto de 30 de octubre de 1952 no contiene ninguna disposición sobre financiación del régimen, ya anteriormente la Asamblea Argelina, había fijado una cotización igual a un 5½% de los salarios, a cargo por partes iguales, del empleador y trabajador.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

BOLIVIA

Nuevo Organo Informativo

Ha aparecido en el mes de abril último, "Informaciones del Seguro Ferroviario" órgano informativo de la Caja de Seguro Social de Ferrovarios y Anexos, destinado a divulgar entre los asegurados de esa Institución, "toda la labor realizada hasta la hora presente, al mismo tiempo que orientar y preparar el ambiente, para las transformaciones que tienen que operarse, en el campo del seguro social que de por sí, es lleno de complejidades y dificultades".

Inauguración del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja de Seguro Social de Ferroviarios y Anexos

"Informaciones del Seguro Ferroviario", da cuenta de la inauguración del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja de Seguro Social de Ferroviarios y Anexos.

Después de 15 años transcurridos desde la fundación de la Caja de Seguro Social de Ferroviarios y Anexos, el Directorio de la entidad resolvió aprobar el Informe presentado por el Gerente, Sr. Abelardo E. Valdez, referente a la extensión del actual sistema de prestaciones jubilatorias hacia el seguro de enfermedad y maternidad, en favor de los asegurados pasivos, comenzando por el Departamento de La Paz, para luego hacer extensivo a los demás centros importantes del país, donde se hallan concentrados los afiliados pasivos.

Para el otorgamiento de este nuevo beneficio social, se realizó el solemne acto de inauguración del seguro de enfermedad y maternidad, el día 8 de abril del presente año.

CHILE

Se crea una nueva Sección en la Caja de Previsión de la Marina

Por ley No. 10662, de 23 de octubre del año último, se ha creado una nueva Sección en la Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional, destinada a asegurar a los tripulantes y operarios marítimos contra enfermedad, invalidez no profesional, vejez y muerte.

Con excepción de las modificaciones en cuanto a las pensiones de vejez y viudez, las prestaciones garantizadas por esta nueva ley son similares a las previstas por la ley 10383.

Para los efectos de la pensión de vejez, se considera la edad de 60 años, es decir cinco menos que los previstos por el régimen general.

El beneficio de viudez está representado por una pensión equivalente al 50% de la que recibía el asegurado, o de la que éste habría tenido derecho a percibir si hubiere sido inválido absoluto, pagadera durante un año, a cuyo vencimiento, será vitalicia, reduciéndose entonces su monto al 30%, susceptible de aumentarse, en relación con la edad de la viuda, según escala que comprende el pago de aquel 30% hasta

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

los 50 años, y a partir de esa edad, este porcentaje aumenta en un 2% por cada año más de vida. La suma de las pensiones de la viuda e hijos, estará sujeta a un máximo establecido cuando el fallecimiento se produjese por razón de naufragio, y se le podrá abonar para los efectos de su antigüedad y beneficio, hasta 5 años de imposiciones, a condición de que, al momento de su desaparición contare con más de 250 imposiciones.

La Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional, fué creada en 1937, pero su campo de aplicación comprendió sólo a los oficiales, en tanto que los tripulantes de grado subalterno quedaron sujetos al régimen general de seguro obrero. Pero, transferido este grupo ahora al régimen privativo de la ley 10662, se ha dispuesto que las personas que por mandato de esta ley, deban ser transferidas en la Sección, tendrán derecho a que se les reconozca el tiempo que han impuesto bajo el anterior sistema.

En cuanto al régimen económico de esta Sección, se establece que a partir del 1º de enero de 1954, será el siguiente: cotización del asegurado, igual al 10% de los salarios; cotización patronal del 11% y el aporte del Estado equivalente al previsto en el régimen general del seguro obrero.

Habrá que mencionar, que desde la vigencia de la ley hasta el 31 de diciembre del año último, las cotizaciones fueron del 5% para los asegurados y 8% para los patronos. Durante el presente año, son del 8% para los asegurados y del 10% para los patronos.

Finalmente la ley establece el beneficio de asignación familiar pagadero con cargo a un fondo común, solventado con aportes de los armadores e imponentes de esta Sección, fijados en un 7.5% de los salarios para los primeros y del 2% para los segundos.

Se exige a quienes pretendan esta concesión, que justifiquen tener a sus expensas mujer legítima, madre legítima o hijos legítimos o adoptivos menores de 18 años y que no disfruten de renta.

La fecha en que comenzará a regir la asignación familiar, deberá ser determinada por el Consejo de la Sección.

GRECIA

Prestaciones para marinos desempleados

Por Decreto de 25 de octubre de 1952, se ha establecido en favor de los marinos desempleados, y de las familias de marinos residentes en Atenas, diversas prestaciones médicas, reservadas hasta entonces para los marinos empleados, previéndose la extensión de este goce a nuevas regiones.

La nueva disposición comprende a los marinos desempleados, personas a cargo de los mismos y las personas a cargo de los marinos empleados.

Tienen derecho a las prestaciones como personas a cargo, la esposa, hijos solteros, padres y hermanas solteras menores de dieciocho años.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Para los marinos desempleados, se prevé como prestaciones: asistencia médica, farmacéutica, hospitalización, subsidios para alimentos después de la hospitalización y gastos funerarios.

Los miembros de la familia podrán recibir los mismos tipos de prestaciones, excepto subsidios para alimentos y cura en balnearios, pero reciben una suma global como subsidio de maternidad.

La asistencia médica y hospitalaria para el desempleado y su familia se regula, según la duración del período de servicio del marino.

Así, un marino desempleado, podrá ser hospitalizado durante tres meses por cada año de servicios, con un máximo de dos años de hospitalización. Las personas a cargo de un marino empleado recibirán asistencia médica y farmacéutica por un período ilimitado y hospitalización durante tres meses en un año.

Todas estas prestaciones serán proporcionadas por el Hogar del Marino.

HUNGRIA

Protección de la Maternidad y de la Infancia

Medidas encaminadas a la protección de la maternidad y la infancia, han sido promovidas por decisión de 30 de enero del presente año en Hungría.

Se garantiza facilidades médicas del Estado, en favor de toda mujer encinta, quien deberá someterse a examen médico por lo menos tres veces durante su embarazo. Sólo quienes hubieran cumplido este requisito, tendrán derecho al suministro gratuito de una canastilla y la indemnización de maternidad.

Los gastos del parto, pagaderos en una clínica o en un hospital, son proporcionados por el seguro social, cuando se trata de aseguradas o cónyuges de asegurados. Las no aseguradas abonan la mitad de los gastos.

Es interesante anotar algunas formas de protección de las madres trabajadoras.

No podrá rehusarse el empleo de una mujer embarazada, so pena de sanciones. Una mujere encitan o una madre que lacte a su hijo, no podrá ser despedida hasta el fin del tercer mes que siga al parto, salvo por medida disciplinaria.

Otro tanto ocurre con las servidoras domésticas, quienes no pueden ser separadas de sus empleos hasta el día del parto, salvo tratándose de despido justificado sin preaviso.

A la madre que cuide a su hijo enfermo de menos de un año, debe concedérsele el beneficio de una prestación de enfermedad, a condición de que ella pruebe que el niño necesita recibir cuidados en la casa y que esos cuidados no puede dárselos otro miembro de la familia.

A partir del año en curso, se dispone la concesión gratuita a los padres de cada niño recién nacido, de una canastilla de un valor de 400 florines, estén o no sujetos los padres a los seguros sociales.

En cuanto a las prestaciones de los seguros sociales, debe anotarse, que además de la prestación de Maternidad, las trabajadoras ase-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

guradas gozan de una indemnización de embarazo y de parto, cuyo monto equivale al salario de doce semanas.

El monto de la prestación de maternidad ha sido elevado igualmente a partir del presente año, de 500 a 600 florines y, en caso de un primer hijo, a 700 florines.

En cuanto a las trabajadoras cubiertas por el seguro agrícola, que perciben indemnización única de maternidad, a partir del presente año, han de percibir una suma de 1,400 florines y, en el caso de un primer hijo, 1,500 florines.

Se exige para el pago de la indemnización de embarazo y parto y para la prestación de maternidad, una afiliación previa de nueve meses en los dos años anteriores. Se paga sólo la mitad de estas indemnizaciones cuando la trabajadora cuente con un período de afiliación de seis meses, por lo menos, en el espacio de dos años.

La tasa de asignaciones familiares, guarda relación con el número de hijos y se gradúa según escala que comprende asignaciones por hijos que van de 37.50 florines a 112.50 florines, aumentándose por cada hijo posterior al duodécimo en 210 florines.

Las asignaciones se pagan a partir del segundo hijo, salvo por el de mujeres solas. Las asignaciones pagadas por un hijo, lo son hasta la edad de 16 años o hasta la de 18 años, si el hijo prosigue estudios escolares o hace su aprendizaje.

Se ha extendido el derecho a las asignaciones familiares, a los miembros de cooperativas de producción agrícola que tienen por lo menos tres hijos menores de 10 años. Se defieren en este caso, según escala especial y condicionadas a la realización de 120 "unidades de trabajo".

El financiamiento de los beneficios mencionados, se hará a base de un impuesto especial, al cual están sometidos, si no tienen hijos, los hombres de 20 a 50 años de edad y las mujeres de 20 a 45. La tasa de esta contribución se ha fijado en el 4% de los salarios y de los ingresos.

I R A N

Ampliación del Seguro Social

Por ley de 21 de enero del presente año, ha sido ampliado el régimen de seguros sociales y se ha creado la Organización de Seguros Sociales, como entidad administradora de los mismos.

El campo de aplicación de la ley, se refiere a todos los trabajadores comprendidos en la ley del trabajo, siempre que su salario no exceda de 6,000 reales por mes.

Los riesgos garantizados, cubren la enfermedad, accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, matrimonio, maternidad, desempleo, retiro y muerte, así como asignaciones familiares.

En cuanto al seguro de enfermedad, la ley establece algunos requisitos singulares. Así, los trabajadores quedan obligados a someterse a examen de aptitud física antes de ser contratados. El incumpli

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

miento de este requisito, hace recaer sobre el empleador, la obligación de reembolsar todos los gastos e indemnizaciones que ocasione la enfermedad. En el curso del contrato laboral, se renuevan los exámenes médicos cada dos años, o anualmente tratándose de personas ocupadas en trabajos penosos y peligrosos.

Se garantiza al asegurado atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalización, hasta por un plazo máximo de seis meses, susceptible de ampliarse a dieciocho, sólo en los casos de tuberculosis o cáncer. La atención odontológica y prótesis dentales se conceden una sola vez, pero el seguro social sólo cubre la mitad del costo de los aparatos de prótesis.

Las prestaciones médicas y farmacéuticas, cubren a los miembros de la familia del trabajador, siempre que éste hubiera cubierto un período de cuatro meses de cotizaciones.

El período calificativo para que un asegurado pueda gozar del subsidio de enfermedad, es de cuatro meses de afiliación, con la reserva de que este beneficio económico sólo se concede por un máximo de seis meses en el curso de un mismo año, y su monto equivale al salario dejado de percibir, que se reduce en caso de hospitalización.

En casos de cáncer y tuberculosis, los subsidios alcanzan a dieciocho meses, y aún a tres meses más si la Comisión Médica decide continuar el tratamiento. En este caso la indemnización se reduce.

Se suspende el derecho a indemnización en todo caso, cuando la enfermedad o lesión del asegurado pueden imputarse a riñas o faltas intencionadas de la víctima.

Previo período habilitante de cinco años de cotizaciones, la invalidez se cubre con una pensión equivalente al 40% del salario mínimo de un obrero no calificado, que se bonifica con un 10% por esposa e hijos menores de 15 años, no pudiendo exceder el total del 90% del salario.

La cobertura de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, comprende el suministro de atención médica, durante el período de incapacidad o durante un año como máximo, suministro de aparatos de prótesis y salario completo, durante todo el tratamiento con un máximo de un año.

La invalidez total y permanente da derecho a una asignación mensual igual al 50% del último salario, bonificable con un 10% por esposa y 5% por hijos menores de 15 años, con un 20% como máximo en cuanto a estos últimos. Tratándose de inválidos que necesitan la ayuda constante de tercero, se paga un suplemento del 10%.

En caso de fallecimiento, se paga a la esposa una renta igual al 25% del último salario devengado y a los hijos hasta la edad de 15 años, a razón de 25% por un hijo, 35% por dos hijos, 45% por tres hijos y

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

50% por cuatro o más. Además los padres que hubieran estado a cargo del difunto, tienen derecho cada uno a una renta del 10% o del 15%, si el causante no dejara hijos menores de 15 años.

La cotización a cargo del empleador se aumenta en un 10%, cuando la enfermedad se debiera a negligencia de su parte, en cuanto a la falta de medidas preventivas. En caso de accidente, se reclamará del principal todos los gastos de tratamiento y las asignaciones pagadas.

Finalmente en cuanto al riesgo profesional, el trabajador inválido tiene derecho a ser reintegrado en su antiguo empleo, salvo que fuere necesario el cambio de empleo, en cuya eventualidad el seguro social paga la diferencia entre el antiguo y nuevo salario.

El matrimonio y la maternidad se encuentran protegidos a través de un subsidio, el primero igual a treinta veces el salario diario y a seis semanas de reposo, la segunda, subsidiados a razón de las dos terceras partes de su último salario y a un reposo suplementario de otras dos semanas, remuneradas a razón de una tercera parte de su salario.

Como períodos de espera, se exige para el subsidio de matrimonio, dos años de cotización y para las prestaciones de maternidad, un año de afiliación.

La vejez, a partir de los 65 años de edad, da derecho a una pensión vitalicia igual al 20% del salario medio de los últimos cinco años de trabajo, a condición de que el asegurado hubiera cumplido un período de afiliación de cinco años.

En cuanto a asignaciones familiares, se pagan a partir del tercer hijo y hsta que éste cumpla 15 a 20 años, si se trata de estudiantes. Se exige que el asegurado, haya permanecido empleado por lo menos dos años y haya pagado las cotizaciones debidas. La tasa de estas asignaciones, se fija en el 7% del salario mínimo por el tercer hijo, 5% por el cuarto y 4% por cada uno de los siguientes.

En caso de muerte se abona una suma igual a un mes de salarios del causante, previéndose el otorgamiento de pensiones para la esposa, hijos y ascendientes del difunto, cuando éste contase por lo menos con cinco años de empleo y cotización.

Finalmente, en cuanto al riesgo de desempleo, mediante un 5% del producto de las cotizaciones, se paga a todo asegurado que cuente con dos años consecutivos de trabajo y de cotizaciones, a partir del décimoquinto día de desempleo y de inscripción en la oficina pública de colocaciones, una indemnización igual al 35% del salario mínimo, o al 50% si el asegurado tiene familia a cargo. No se incluye en estos beneficios a los menores de 18 años, los pensionados, quienes rehusan una oferta de empleo razonable, o los que hubieran hecho abandono voluntario del trabajo, etc.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

El financiamiento de todo este sistema, se solventa mediante una cotización mensual del 4% a cargo del asegurado y 8% a cargo del empleador. Estas cotizaciones son fijadas en un 2% y 4%, respecto de los trabajadores de temporada y en un 2% para ambas partes para los trabajadores ocasionales, limitándose en cuanto a estos últimos, las contingencias cubiertas a los accidentes del trabajo y a las enfermedades profesionales, incapacidad de trabajo, fallecimiento.

Además el seguro social recibe la totalidad de los fondos de la Caja de socorros mutuos y de seguros obreros de Irán, así como de las cajas mutuas y médicas de las empresas y de las cajas de previsión de las fábricas.

Entre las más importantes funciones del Comité de Organización figura la de disponer la reducción de las prestaciones pagaderas por las ramas que se hallan en déficit y confían a algunas empresas de ciertas prestaciones pagaderas a los trabajadores de la misma, o la realización de ciertos programas de asistencia.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Legislación Social Peruana

Salud Pública
y Asistencia Social

REGLAMENTA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS "BOTIQUINES DE LA UNION DE OBRAS DE ASISTENCIA SOCIAL".
D. S. 22-4-53.

Aprueba el "Reglamento de los Botiquines de la Unión de Obras de Asistencia Social", disponiendo que sólo prestarán sus servicios a personas de escasos recursos económicos; precisa las condiciones de existencia de los mismos; enumera el personal de los "Botiquines"; dispone que la Unión de Obras de Asistencia Social lleve contabilidad separada de las actividades de cada "Botiquín"; establece su régimen de abastecimiento, así como el de ventas.

COBRO DE CUOTAS OBRERO-PATRONALES Y ENTREGA AL SERVICIO DEL HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL EN YAULI.
R. S. Nº 62 "SP". 23-4-53.

Resuelve que la cobranza de las cuotas obrero-patronales del Seguro Social en la provincia de Yauli, se inicie el 1º de junio de 1953 y la prestación de asistencia a los asegurados en el Hospital Obrero de La Oroya, el día 8 del mismo mes.

POSTERGACION DEL 2º CONGRESO NACIONAL DE TUBERCULOSIS.
R. S. 27-4-53.

Posterga la realización del II Congreso Nacional de Tuberculosis, el que se verificará del 2 al 6 de noviembre de 1953.

ENTREGA DE LA CUNA MATERNAL DEL MERCADO DE BREÑA AL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.
R. S. 27-4-53.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Se resuelve aceptar la entrega que de la Cuna Maternal del Mercado de Breña, y de una subvención para su sostenimiento, hace el Concejo de ese Distrito al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

INVESTIGACIONES EN EL CAMPO DE LA HIGIENE MENTAL.
R. M. 63 "SP". 25-4-53.

Resuelve que el Dpto, de Higiene de la Dirección General de Salud Pública proceda a efectuar el estudio integral del niño, y del comportamiento del adolescente, a fin de conocer su escala de maduración neuro-psíquica y los factores que la condicionan; así como los caracteres, hábitos y conducta del adolescente.

OFICIALIZA LA CELEBRACION DE LAS CUARTAS JORNADAS PEDIATRICAS DEL SUR.
R. M. Nº 69-a-"SP". 17-5-53.

Oficializa las Cuartas Jornadas Pediátricas del Sur a celebrarse en Ica del 15 al 17 de mayo. Dispone que, por resolución separada, el Ministerio se hará representar en ese certamen.

DECLARASE EL MES DE JUNIO "MES DE LUCHA CONTRA EL CANCER"
R. M. 25-5-53.

Declara el mes de junio de cada año, mes de lucha contra el Cáncer.

INCOMPATIBILIDAD ENTRE EL EJERCICIO DE UN CARGO EN FARMACIA Y EL DE UNO PUBLICO DE CONTROL EN ESA MATERIA.
R. S. Nº 74. "SP". 25-5-53.

Resuelve que son incompatibles, la regencia de cualquier establecimiento de farmacia en general y el desempeño de cargo público cuyo ejercicio importe función de control, directo o indirecto, en la marcha técnico-comercial de esos establecimientos.

DECLARA DE UTILIDAD PUBLICA UNA EXPROPIACION EN EL CUSCO.
R. S. 25-5-53.

Declara de necesidad y utilidad pública, la expropiación de una manzana de terreno, cuya área, límites, valor y propietarios cita en detalle, y en la cual el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social construirá un Agrupamiento de Viviendas.

EL PRIMER CONGRESO PERUANO DE SALUD PUBLICA SERA ANTECEDIDO POR TRES CONGRESOS REGIONALES.
R. M. 16-6-53.

Resuelve que, como actos previos a la realización del Primer Congreso Peruana de Salud Pública, se verificarán tres Congresos Regionales en el Sur, Norte y Nor-Oriente del Perú, con sede en el Cusco, Chiclayo e Iquitos, respectivamente.

PRORROGA EL PLAZO PARA EL EXAMEN TUBERCULINO-RADIOLOGICO DEL PERSONAL DOMESTICO.
R. M. 17-6-53.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Prorroga hasta el 31 de julio del año en curso el plazo para el examen tuberculino radiológico del personal de domésticos de Lima, Callao y Balnearios.

SE OFICIALIZA LAS SEGUNDAS JORNADAS PEDIATRICAS DEL CENTRO.
R. M. Nº 89. 25-6-53.

tro y designa los representantes del Ministerio del Ramo, ante dicho cer
tro y designa los representantes del Ministerio del Ramo ante dicho certamen.

Trabajo y Asuntos Indígenas

AUMENTASE LOS SUELDOS MINIMOS Y LOS BASICOS ASI COMO LA ASIGNACION FAMILIAR DE LOS EMPLEADOS BANCARIOS.
R. D. Nº 59 D. T. 8-4-53.

Establece como sueldos mínimo para los empleados bancarios, la suma de 450 soles oro mensuales, que aumentará a 500 al cumplir el empleado un año de servicios.

Aumenta en 150 soles oro mensuales los sueldos básicos de los empleados bancarios no comprendidos en la disposición anterior. Ambos beneficios regirán desde el 1º de enero de 1953.

Aumenta las asignaciones familiares a 150 soles oro mensuales para los empleados casados; a 30 soles para los mismos empleados por cada hijo y a 75 soles oro mensuales para solteros que sean único sostén de madre viuda.

ASESORES DE LA COMISION REORGANIZADORA DE LOS SERVICIOS DE LA DIRECCION GENERAL DE TRABAJO.
R. M. Nº 91 D. T. 11-4-53.

Designa, con carácter ad-honorem y en la condición de asesores de la Comisión encargada de estudiar y presentar el proyecto de reorganización de la Dirección General de Trabajo, a los doctores don Francisco Zapata Vidaurre y don José María Herrera O.

SE ORGANIZAN CICLOS DE INFORMACION SOBRE CUESTIONES SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES.
D. S. 23-4-53.

Organiza, con carácter voluntario ciclos de información sobre cuestiones sociales para los trabajadores. Comprenderán período semestrales y se dictarán a horario compatible con el de las labores de los trabajadores. El primer ciclo se iniciará el 1º de mayo por un período acelerado de tres meses.

SOBRE LA COMISION CONTRALADORA DEL TRABAJO MARITIMO DEL CALLAO.
D. S. 28-4-53.

Deroga el Decreto Supremo de 5 de mayo de 1953 en cuanto considera al Director General de Trabajo como Miembro de la Comisión controladora del trabajo marítimo del Callao, la cual deberá solicitar la ab-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

solución de consultas y recabar informe de la Dirección General de Trabajo, en los asuntos de competencia de este organismo concernientes a los trabajadores.

BENEFICIOS A LOS CHOFERES DE SERVICIO PUBLICO.
R. S. 30-4-53.

Resuelve que los choferes que trabajan en forma permanente en automóviles de servicio público, destinados a procurar a sus propietarios ingresos periódicos, gozarán del beneficio del 1º de mayo y del correspondiente a la indemnización por tiempo de servicios. Dispone que para el otorgamiento de éstos, se tomará como base de reajuste el 30% de las sumas diarias que el chofer entregue al propietario del automóvil, hechas las deducciones por gastos de reparaciones de éste, si las hubiere.

REQUERIRA AUTORIZACION DE LA DIRECCION GENERAL DE TRABAJO EL DESPIDO DE EMPLEADOS CON VEINTE O MAS AÑOS DE LABOR.
D. S. 5-6-53.

El despido de empleados con 20 o más años de servicios, incluídos en las disposiciones de las leyes de jubilación, requerirá que, previamente, la Dirección General de Trabajo lo encuentre justificado. El empleador que no cumpliere esta disposición, será sancionado con multa.

Justicia y Culto

REGLAMENTO DE LA LEY 11891, RELACIONADA CON LA EXPEDICION DE NUEVAS CEDULAS DE CESANTIA.
D. S. 22-4-53.

Determina las condiciones que ha de reunir un servidor cesante del Estado que reingresó al servicio y volvió a cesar en fecha posterior a la promulgación de la ley Nº 11891, para que de acuerdo con ella se le expida nueva cédula de cesantía o jubilación.

LA AMPLIACION DE LOS RECONOCIMIENTOS DE SERVICIOS AL ESTADO.
R. M. Nº 410 24-4-53.

Determina el procedimiento a seguir por el empleado que alcanzare, durante el año, derecho a mayor bonificación que la ya reconocida, y precisa la fecha desde la cual se verificará el respectivo abono.
D. S. Nº 34 — 12-5-53

REGLAMENTA LA LEY 11363 SOBRE ADICION DEL 10%, SOBRE EL MONTO DE LAS COSTAS.

Reglamenta la ley Nº 11363 sobre adición del 10%, establecida por el Art. 2º de la citada ley sobre el monto de las costas procesales, personales y de los honorarios que a los peritos u otros auxiliares se manden pagar en un procedimiento judicial.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Prontuario de Jurisprudencia Social Peruana

DETERMINACION DEL CONCEPTO DE EMPLEADO:
Abogado consultor.
Corte Suprema: 17-XII-952.

El abogado consultor de una empresa que no trabaja en forma permanente al servicio de ésta, sino que presta su asesoría en su propio Estudio, sin sujeción a horario fijo, no es empleado y no se encuentra comprendido en la ley 4916 y sus ampliatorias.

CONTRATO DE EMPLEO:
Rescisión.
Corte Suprema: 19-XII-952.

Rescinde el contrato de empleo, con goce de los beneficios sociales, la rebaja unilateral del porcentaje de las comisiones que recibe el empleado.

ENFERMEDAD PROFESIONAL:
Renta vitalicia — Acumulación con la pensión de Jubilación.
Corte Suprema: 7-I-953.

1º—La renta vitalicia por enfermedad profesional y la jubilación por tiempo de servicios, no son incompatibles.

2º—Comprobada la enfermedad profesional, aunque se esté jubilado, procede el pago de la renta vitalicia que compense la menor capacidad para el trabajo, desde que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º de la ley 11013, el empleado jubilado, queda en libertad de prestar sus serviciso a otro centro de trabajo.

RESCISION DE CONTRATO:
Falta Grave.
Tribunal del Trabajo
8-X-952.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Incurre en falta grave, que rescinde el contrato de trabajo, con pérdida de los beneficios sociales, el chofer que negligente en el manejo del vehículo para el que fué contratado, ocasiona un accidente de tránsito y no presta asistencia ni auxilio al peatón agraviado.

RESCISION DE CONTRATO DE TRABAJO:
Competencia desleal.
Tribunal del Trabajo.
10-X-952.

Incurre en competencia desleal, el obrero especializado que ejecuta para terceros, trabajos de la misma índole del giro de su principal, falta que ocasiona la rescisión del contrato, con pérdida de los beneficios sociales, sin que sea el caso de "simple ocupación" que establece el artículo 20 del Reglamento de la Ley Nº 4916, que permite al servidor mayor ganancia a horas y en puntos distintos, sin daño al empleador.

BENEFICIOS SOCIALES: Exclusión.
Tribunal del Trabajo.
20-I-953.

Están excluídas del goce de los beneficios sociales, las enfermeras sin título profesional, que prestan servicios en casas particulares.

REGIMENES ESPECIALES DE TRABAJO:
Trabajadores marítimos.
Tribunal del Trabajo.
6-IV-953.

Los "Fajadores de Ganado" al servicio de la Corporación Peruana de Vapores, no son trabajadores marítimos por no encontrarse bajo la jurisdicción de la Comisión Controladora del Trabajo Marítimo.

SUSPENSION EN EL TRABAJO:
No constituye despedida intempestiva.
Corte Suprema: 5-I-952.

No constituye despedida intempestiva ni indirecta, la imposición de una suspensión en el trabajo como medida disciplinaria, susceptible de reclamo ante las autoridades administrativas.

PENSION DE JUBILACION DE EMPLEADO PARTICULAR:
Monto.
Corte Suprema: 10-VII-950.

El monto de la pensión de jubilación de un empleado particular, está constituído por el sueldo global de que gozaba el empleado al cumplir el tiempo de servicios exigido por la ley, incluyendo las comisiones.

CONTRATO DE TRABAJO:
Término del mismo.
Corte Suprema: 10-I-952.

El contrato de trabajo no termina automáticamente cuando se dá el aviso de despedida. Subsiste hasta el vencimiento del plazo de noventa días fijado por la ley 4916, lapso durante el cual el empleado tiene derecho a todos los beneficios acordados por las leyes sociales o por los convenios celebrados con su principal.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

DEUDA DEL SERVIDOR:
Compensación con los beneficios sociales correspondientes.
Corte Suprema: 21-VII-952.

El monto de los beneficios sociales que deben pagarse al servidor puede ser compensado, hasta donde alcance, con deudas que éste tenga a su principal.

LIQUIDACION PREVIA DE BENEFICIOS SOCIALES:
Aplicación.
Corte Suprema: 23-VI-952.

Cualquier liquidación de beneficios sociales sólo importa un pago anticipado, si el servidor continúa prestando sus servicios.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Prontuario de Jurisprudencia Social Extranjera

ARGENTINA

CONTRATO DE TRABAJO:
Remuneración — Servicio no prestado.
Tribunal del Trabajo.
7-XI-950.

El trabajador tiene excepcionalmente derecho a la remuneración aunque no haya existido prestación de trabajo, si ello obedece a la imposibilidad de ejecución, irregular o anormal ejecución, por culpa del patrono, como sucede al no proporcionar muestrarios a un corredor.

CONTRATO DE TRABAJO.
Trabajo de temporada.
C. N. de Trab. Sala IV.
19-12-952.

Tiene derecho a las indemnizaciones por despido injustificado, el trabajador que reputó disuelta la relación laboral, ante el desconocimiento de la continuación del trabajo por una nueva temporada.

ACCIDENTE DEL TRABAJO.
Culpa Grave.
C. N. Trab. Sala IV.
12-XI-952.

1.—No constituye culpa grave que exima al empleador de responsabilidad, la circunstancia de que el accidentado procediera a la limpieza de una máquina mientras se hallaba en funcionamiento, en contra de una prohibición establecida al respecto. Aquella debe calificarse de acuerdo con un estado real de conciencia del trabajador, en el momento del infortunio y su capacidad circunstancial para medir su responsabilidad, que siempre se vería atenuada por circunstancias difi-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

cilísimas de establecer en determinadas ocasiones, ya que resultaría ocioso sostener que el trabajador trasgrediera elementales normas de resguardo, despreciando su propia seguridad e integridad física.

2.—Dado el espíritu de solidaridad social que informa la ley 9688, la culpa más o menos grave del trabajador, en ningún supuesto podría ser sancionada con la privación de la indemnización, si su incapacidad sobrevino de buena fe y por hechos propios del trabajo.

GENTE DE MAR.
Enfermedad de la tripulación.
C. N. Trab. Sala IV.
30-9-52.

La obligación del armador de pagar los salarios y gastos de curación durante los días de enfermedad, ocurrida en el curso del viaje—en el caso, por una dolencia ajena al servicio del buque—se refiere a los que devengan u ocasionan solamente hasta el desembarco en el puerto de matrícula, o hasta el restablecimiento del enfermo, si éste ocurre antes de ese instante. Por ello, la obligación nunca se extiende más allá del momento en que el tripulante es desembarcado.

ACCIDENTES DEL TRABAJO.
Accidentes "in itinere"
C. N. Trab. Sala III.
19-12-952.

Los infortunios ocurridos en el trayecto de domicilio al lugar del trabajo, o viceversa, se indemnizan siempre que se acredite indubitablemente, que el itinerario no se ha interrumpido o cambiado por motivo dictado por el interés personal o independiente del trabajador.

CONTRATO DE TRABAJO.
Justa causa de despido.
C. N. Trab. Sala IV.
27-3-953.

No constituye falta grave que autorice la sanción de despido, el hecho de que una obrera de un establecimiento químico industrial entregara, sin facultades para ello, pastillas de un producto allí elaborado, a fin de aplacar, en el mismo lugar de trabajo, una afección momentánea.

CONTRATO DE TRABAJO.
Variaciones del contrato.
C. N. Trab. Sala I.
21-XI-952.

La variación de tareas—ayudante de chofer destinado a trabajos internos—justifica la situación de despido, ante la falta de prueba, por parte de la demandada, de las razones de falta de trabajo que invoca para realizar el cambio.

CONTRATO DE TRABAJO.
Servicio militar.
Indemnización por despido.
C. N. Trab. Sala III.
16-III-953.

1.—El personal que deja de trabajar durante la época del servicio militar obligatorio, no deja de pertenecer al personal efectivo del establecimiento, ya que se encuentra en situación de licencia.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

2.—Para determinar la indemnización de despido del trabajador a quien se niega la reincorporación una vez dado de baja, se tienen en cuenta los aumentos de remuneración operados durante la licencia.

CORREDOR DE COMERCIO.
Comisión — Derecho al cobro.
C. N. de Apelaciones.
14-XII-951.

El corredor de comercio tiene derecho a cobrar la comisión que le corresponde en un negocio, cuando éste está concluído, aún cuando no haya sido ejecutado.

BRASIL

NEGATIVA PARA TRABAJAR EN FUNCION DIVERSA A LA CONTRATADA.
Consecuencias.
Tribunal Superior del Trabajo.
Proceso 4,014.

El empleado se puede negar a servir, en función absolutamente diversa de aquella para la que fué contratado.

VACACIONES Y ACCIDENTE EN TRABAJO.
Tribunal Superior del Trabajo.
Proceso 514-51.

Está vedado al empleador descontar en período de vacaciones, las faltas al servicio del empleado, por motivo de accidente en trabajo.

TRANSFERENCIA DE HORARIO DE TRABAJO DENTRO DE UN MISMO TURNO.
Admisibilidad.
Tribunal Superior de Trabajo.
Proceso 4,489.

De acuerdo con la Jurisprudencia firmada por el Tribunal Superior de Trabajo, el empleador puede transferir libremente el horario de trabajo, dentro, sin embargo, de un mismo turno.

LOS JUGADORES DE FOOT-BALL Y LOS DERECHOS DE LOS TRABAJADORES.
Tribunal Superior del Trabajo.
Proceso 1,860.

Los jugadores de foot-ball están equiparados a los artistas, para los efectos del cómputo del tiempo, en caso de indemnización.

INCORPORACION AL SALARIO DE LAS GRATIFICACIONES HABITUALES.
Tribunal Superior del Trabajo.
Proceso 3807.

El pago habitual de gratificaciones forma parte del contrato de trabajo, incorporándose por consiguiente al salario.

ITALIA

RENTA POR INVALIDEZ PERMANENTE.
Revisión activa — Procedimiento del Instituto Asegurador — Corte de Casación.
19-III-953.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

La revisión de la renta, aún cuando la iniciativa parta del Instituto Asegurador y a mérito de un procedimiento de carácter administrativo, inmediatamente ejecutivo, se concede como derecho al infortunado, a través de su recurrimiento a la autoridad judicial.

LIBRE PAGA Y MATRICULA.
Paga omitida de ser registrada.
Corte de Apelación de Lecce.
30-VI-952.

El expediente de inspección seguido por los funcionarios del Instituto Asegurador, a tenor del artículo 12 de la ley del infortunio y del cual resulta la irregularidad existente en el libro de planillas (en el aspecto de salario no registrado), da plena fe en juicio, cuando el informe discrepa con lo manifestado por el empleador.

PERICIA CONTRACTUAL.
Eficacia vinculante.
Corte de Apelaciones de Trieste.
14-VII-952.

La visita médica colegiada efectuada con previo acuerdo entre el Instituto asegurador y el Oficio del Patronato, al efecto de determinar el grado de inhabilidad residual del infortunado, constituye una verdadera y propia pericia contractual y como tal, de efecto vinculante entre las partes.

GUATEMALA

PACTO COLECTIVO.
Discusión sobre su contenido.
Sala de Apelaciones del Trabajo.

Cuando las partes que discuten un pacto colectivo, no se ponen de acuerdo sobre su contenido, el Tribunal de Arbitraje tiene facultad para fijarlo imperativamente, fallo que integra entonces el Pacto Colectivo, sin que se requiera posterior aprobación o sanción de otra autoridad.

INSTITUCIONES DE "SERVICIO PUBLICO"
Caracteres.
HUELGA.
Condiciones para su legabilidad — Sala de Apelaciones del Trabajo.

1.—El simple hecho de que a una entidad pública, se encomienden determinadas actividades no perfile a éstas como de "servicio público", pues el mismo, se caracteriza por derivar de una atribución connatural de la estructura o finalidades del Estado o de la Municipalidad.

2.—Para llegar a una huelga o paro, hay que agotar previamente la conciliación y cuando se agotó ésta o se llegó al arbitraje y hubo acuerdo o laudo, si éstos se incumplen, puede llegarse a la huelga o paro, sin necesidad de una nueva conciliación, pero siempre debe darse preaviso y agotar antes la calificación judicial.

3.—La huelga ilegal termina con los contratos, porque constituye una violación grave a los mismos, fuera de ser un hecho punible, y, así cuando ha habido provocación suficiente de parte del patrono, la violación no puede estimarse grave y no procede la sanción del despido inmediatamente.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

CONFLICTO COLECTIVO.
Constatación económico financiera.
Sala I de Apelaciones del Trabajo.

En los conflictos colectivos de carácter económico-social en que se demande del patrón aumento de salarios, el tribunal debe, antes de resolver accediendo o nó a tal petición, contrastar debidamente la situación económico-financiera presente del patrón o empresa con sus posibilidades futuras, para que su resolución sea justa.

ESPAÑA

MEDICOS DE MUTUALIDADES DEL SEGURO DE ENFERMEDAD.
Tribunal Supremo.
Sala V 22-12-951.

No es trabajador, a los efectos de la legislación sobre contrato de trabajo, el Médico de una Mutua del Seguro de Enfermedad que presta servicios en su clínica o casa particular, a cambio de cantidad convenida por cada servicio profesional prestado a los mutualistas, sin sujeción a horario determinado por la entidad aseguradora.

CONCEPTO DE TRABAJADOR POR CUENTA AJENA.
Dirección General de Previsión.
Resolución 18-XI-952.

Comprobado que el supuesto trabajador no está a sueldo, pues se trata de un productor autónomo y ambulante al que en algunas ocasiones se le cede el local de un establecimiento, para sus trabajos, porque no tiene otro sitio donde hacerlos, y porque así el interesado se beneficia con el consumo de materiales de la Empresa, no procede considerarle afiliado a Seguros Sociales.

BICENTENARIO PERÚ 2021 EsSalud SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

INFORMACIONES SOCIALES



Año VIII Julio - Agosto - Setiembre 1953 No. 3

Publicación Trimestral de la
Caja Nacional de Seguro Social del Perú

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

INFORMACIONES SOCIALES

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

3

Año VIII Julio - Agosto - Setiembre Nº 3

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

SUMARIO

No. 3

Pág.

Prestaciones Familiares Generales y su Aplicación en Chile 3

Hacia la Seguridad Social 17

Tratamiento Ambulatorio y Rehabilitación del Paciente Tuberculoso 25

Campo de Aplicación del Seguro Social y el Privado: Sus Límites 30

Boletín Institucional 39

Información Nacional 48

Información Extranjera 65

Legislación Social Peruana 93

AÑO VIII Julio-Agosto-Setiembre 1953 Nº 3

PUBLICACION TRIMESTRAL

Redacción y Administración

CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

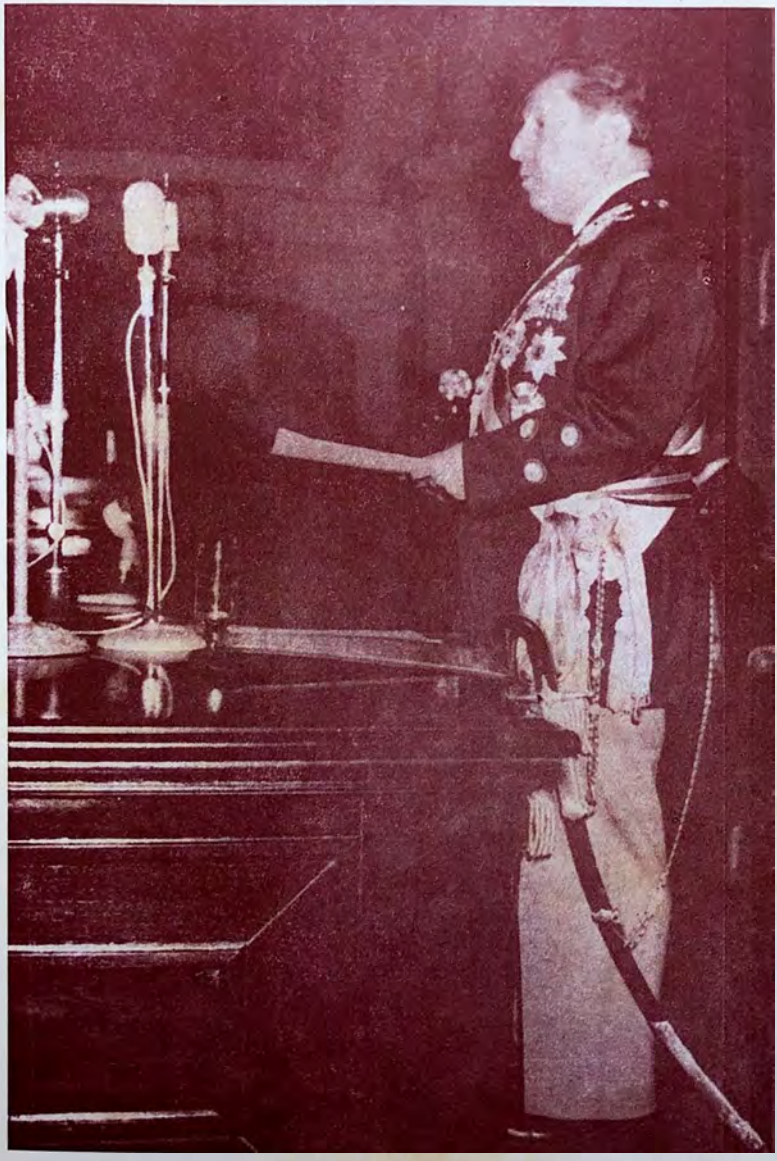
Departamento de Investigaciones Sociales

Av. Nicolás de Piérola Nos. 300 - 312 - 324

Casilla Nº 1311

LIMA PERU

BICENTENARIO PERÚ 2021 EsSalud SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central



El Señor Presidente Constitucional de la República, General de División, Don Manuel A. Odría, dando lectura a su importante Mensaje al Congreso, el día 28 de julio último.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Prestaciones familiares generales y su aplicación en Chile

GREGORIO GARAYAR P.

Jefe del Departamento de Actuariado y Estadística del Seguro Social del Empleado.

I.—Principios fundamentales

La Seguridad Social puede ser considerada bajo dos aspectos: uno amplio y otro más restringido. Desde el primer aspecto, la Seguridad Social implica un plan ambicioso que tiende a proporcionar una sensación de seguridad al individuo y a la colectividad, frente a todas las eventualidades que ofrece la vida. En otros términos, la Seguridad Social garantizaría, seguridad de derechos políticos (libertad de expresión, de prensa, etc.), de trabajo, de percepción ininterrumpida de rentas, de salud, de paz, etc. La expresión típica de esta concepción amplia se encuentra en la definición formulada por los ingleses, al decir que la Seguridad Social proteje al individuo, desde la cuna hasta la tumba, liberándolo de toda necesidad.

La realización de un plan tan vasto, implicaría la concentración de toda la actividad del Estado, de los individuos y de la colectividad entera, hacia tales fines. En las condiciones actuales de la evolución económica social, la aplicación práctica de los objetivos señalados se ha limitado a la realización de los siguientes puntos: a) impulsar políticas de desarrollo económico, para el mejor aprovechamiento de los recursos naturales, especialmente de los países poco desarrollados y al mismo tiempo, para elevar los niveles de vida de la población de estos países; b) propiciar políticas de pleno empleo, para asegurar la continuidad de trabajo, en el caso de los países desarrollados, y c) ampliar la concepción clásica de los Seguros Sociales, con el objeto de darle a éstos una mayor flexibilidad para adaptarlos dentro de las concepciones actuales de Seguridad Social. En lo que sigue sólo nos ocuparemos del punto c), en sus relaciones con las prestaciones familiares.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

INFORMACIONES SOCIALES

Los Seguros Sociales, según la concepción clásica se preocupaban exclusivamente del sector de la población que participaba directamente en el proceso productivo, garantizándole a sus componentes, la continuidad de rentas en el caso de que la presencia de una eventualidad que origine la pérdida de la salud produjera en forma definitiva y permanente la pérdida de la capacidad de trabajo y la consiguiente pérdida de ingresos. Desde este punto de vista la población pasiva, entre las cuales se encuentran los familiares de los trabajadores, no tenía relación directa con los seguros sociales. El derecho de los pasivos era sólo derivado, toda vez que emergía de los actos que ejecutara el trabajador, en sus relaciones con el Seguro Social.

Para plasmar esta concepción era suficiente, que patronos y obreros adoptaran acuerdos colectivos, a veces con la tuición del Estado, para lograr los fines ya indicados. Era por esto, por lo que la organización de los seguros sociales se realizaba sobre la base de empresas o de gremios. Sin duda, y la experiencia así lo ha demostrado, esta forma de organización crea desigualdades en materia de beneficios y prestaciones, que dependen del mayor o menor poder económico de las empresas o gremios. Estas desigualdades son fuente de descontento entre aquellos grupos menos favorecidos y con la consiguiente intranquilidad social.

Dentro de la concepción moderna de la Seguridad Social, los seguros sociales han tenido que superar:

1º—La garantía limitada sólo a los trabajadores activos, ampliándola a la población considerada como un todo en escala nacional;

2º—La atomización de sus formas de organización para estructurarlos, también en escala nacional, uniformando los planes de beneficios y aportes.

El primer punto, significa que los Seguros Sociales de hoy, no parten de la noción del económicamente activo, para garantizar los beneficios que otorgan, si no que consideran como elemento de su objetivo al núcleo familiar. La inseguridad no sólo se origina en la vida de trabajo, sino que también en el hogar, como es el caso de las enfermedades, del nacimiento de un hijo y de la existencia de numerosos hijos. La clasificación entre población activa y pasiva de los componentes de una colectividad nacional, únicamente tiene validez desde el punto de vista de la producción de bienes y servicios. Pero éste es sólo un aspecto de la actividad económica general. El consumo, es también un aspecto de dicha actividad, y considerándola desde este ángulo la clasificación anterior pierde su validez, puesto que todos los miembros de una colectividad son igualmente consumidores. Desde el punto de vista del consumo entre otros, el elemento fundamental de una nación es el núcleo familiar. De este modo, los seguros sociales modernos han dejado de tomar a la actividad productiva como punto de partida, colocando en su lugar al consumo, para determinar su campo de aplicación. De este modo la superación no sólo ha sido cualitativa sino también cuantitativa, por el hecho de incluir, no ya a un sector de la población, sino que a toda ella.

El consumo requiere disponibilidad de rentas a fin de hacerlo factible. Esta disponibilidad implica una redistribución de la Renta Nacio-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

nal, esto es, un desplazamiento de una parte del flujo de rentas de unos perceptores a otros. Se reconoce hoy que uno de los medios para elevar las inversiones, es la de propender a elevar el nivel de la demanda efectiva de bienes y servicios.

Este último se consigue siempre que los gastos de consumo se incrementen de manera sostenida. Un medio para conseguir tales incrementos, es la redistribución de la Renta Nacional. Por consiguiente, la nueva concepción de los Seguros Sociales le asigna a éstos un rol de primera magnitud, en el funcionamiento del sistema económico de una Nación, por el hecho de constituir un factor esencial en la redistribución de rentas.

Este es uno de los aspectos por el que se considera, hoy, a los seguros sociales como parte integrante de la estructura económica de un país. Otro aspecto sería el que tendría la posibilidad de contribuir al desarrollo económico mediante: a) el impulso dado al caudal demográfico; apto para el proceso productivo; y b) el aporte de sus capitales, en el caso de que su organización financiera corresponda al de capitalización.

Los Seguros Sociales modernos, al considerar al núcleo familiar como elemento básico, tienen actualmente que dar énfasis a los beneficios que se relacionan con esta nueva unidad demográfico-social. Estos beneficios denominados prestaciones familiares pueden clasificarse en las siguientes categorías: a) prestaciones en especies, b) subsidios o asignaciones en dinero y c) pensiones. Las categorías a) y b) se conceden, por lo general en vida del Jefe de la familia, por consiguiente, contribuyen a incrementar las rentas que éste percibe, como remuneración por sus servicios directos al proceso productivo. En cambio las pensiones se otorgan cuando dicho Jefe desaparece. En consecuencia impiden que se interrumpa el flujo de rentas a consecuencia de aquella desaparición. Los Seguros Sociales tradicionales, sólo concedían las prestaciones de la categoría c), y desconocían en absoluto las correspondientes a las categorías a) y b), lo que es obvio si se considera el cambio producido en la unidad demográfico-social, a que ya nos hemos referido.

Las prestaciones de la categoría a) se refiere especialmente a servicios proporcionados a la mujer embarazada, al recién nacido y durante la lactancia, y se pueden señalar los siguientes:

1) Atención médica, durante el embarazo, parto y puerperio;
2) Atención médica al recién nacido y control periódico de la salud;
3) Alimento (en especies para el niño y la madre);
4) Atención dental al niño y a la madre;
5) Atención médica íntegra a los miembros de la familia en caso de enfermedad.

El objetivo de estas prestaciones es la de disminuir la alta frecuencia que presenta la mortalidad infantil, en los sectores de rentas bajas y al mismo tiempo fomentar la salud y vigorizar las generaciones futuras de la Nación. Además, propender a mantener el estado de salud del hogar, a fin de que el activo se encuentre en un ambiente sano. Este hecho hace más eficiente la acción de la medicina preventiva en su lucha con las enfermedades infecto-contagiosas.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Las prestaciones de la categoría b), son las siguientes:

I.—Subsidios de enfermedad, que perciben los activos durante el periodo de la enfermedad, los cuales suplen a las rentas que obtienen tales activos como remuneración por los servicios que prestan.

II.—Subsidios o asignaciones por carga familiar, que se otorgan para incrementar las rentas del Jefe de familia, las cuales se verían relativamente disminuídas con la presencia de un nuevo hijo. La finalidad de estas prestaciones es la de eliminar el temor a "tener hijos", en atención a los gastos que originan. El neo-malthusianismo, en la forma del llamado "birth control" que había logrado imponerse en los últimos decenios, con el consiguiente "envejecimiento" de las poblaciones de algunos países, puede ser contrarrestado con una adecuada política de asignaciones familiares.

Las prestaciones de las categorías a) y b) no sólo son importantes, por el hecho de procurar un aumento real del nivel de vida de los asalariados y sus familias. También lo son porque originan repercusiones de orden: sanitario, económico, demográfico y social, especialmente en los países de América Latina, que necesitan incrementar su desarrollo.

Las repercusiones económicas y demográficas en los países poco desarrollados, tienen relación con sus respectivos programas de industrialización. En efecto, el problema fundamental de estos países es el de propender a su desarrollo económico, en el sentido de aprovechar las riquezas naturales, que se encuentran latentes, porque su actividad productiva sólo se ha orientado hacia el "sector primario". Esto es, a la explotación de los recursos que permitan obtener, a) alimentos, b) materias primas de las industrias extractivas. Por consiguiente, un programa de desarrollo implica la orientación de la actividad productiva, hacia la transformación de las materias primas, obtenidas en el sector primario, en bienes de consumo directo. Naturalmente, para esta orientación se requiere una política de inversiones a fin de disponer de los equipos que sean indispensables.

La aplicación práctica de tal programa requiere, además, que se cuente con la mano de obra apta para tales fines, tanto en calidad como en cantidad suficientes.

Ahora bien, como nuestros países se caracterizan por tener una población de baja densidad, parece obvio que una política de desarrollo económico debe ir aparejada con una política demográfica, que impulse el incremento de la población. Esto es indispensable: a) para acrecentar la fuente proveedora de mano de obra, y b) paar ampliar el mercado de consumo interno.

Para la realización de una política demográfica que cumpla con los objetivos indicados, debe contarse con el aporte de los Seguros Sociales. Este aporte se lleva a cabo, mediante la creación de incentivos que conduzcan a la formación de familias numerosas. Los incentivos son evidentemente las prestaciones familiares y muy especialmente las asignaciones por carga familiar.

La concesión de las prestaciones familiares, tiene un costo equivalente a los gastos que irrogan. Este costo es cubierto por la población trabajadora y los empresarios. Afecta de modo especial a las rentas de los

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

activos solteros y a los Jefes de pequeñas familias. La cobertura de este costo, tiene como consecuencia el de ampliar las rentas destinadas al consumo. Por lo tanto, se deduce que el otorgamiento de las prestaciones familiares, lleva implícito una redistribución de rentas que altera la estructura de los bienes que se consumen. Este hecho amplía la esfera de los bienes de consumo directo.

De lo que precede se infiere, que las prestaciones familiares contempladas por los Seguros Sociales modernos, juegan un rol de primera magnitud en los países poco desarrollados. En consecuencia, su aplicación debe ser impulsada y ampliada en escala Nacional.

II.—Aplicación de las Prestaciones familiares en Chile

Las prestaciones familiares que se conceden mientras permanecen activos los afiliados al Seguro Social, son relativamente recientes en Chile. En cambio las prestaciones que se otorgan después del fallecimiento del afiliado, como las pensiones de viudedad y orfandad, tienen la misma antigüedad que las leyes originarias del Seguro Social Chileno. Sin embargo, ninguno de los dos tipos de prestaciones que hemos señalado tienen, hasta ahora, un carácter general, como lo vamos a ver:

a) Las prestaciones relativas a la madre y el niño, sólo se conceden a la población obrera afiliada a la Caja de Seguro Obrero.

Estas prestaciones fueron creadas como una ampliación a lo dispuesto en la letra c) del art. 15 de la Ley Nº 4054, que establece la atención profesional a las aseguradas durante el embarazo, parto y puerperio.

Las aseguradas en virtud del Código del Trabajo (año 1925) tienen derecho a un descanso de 6 semanas antes y 6 semanas después del alumbramiento. Durante este descanso los patrones pagan un subsidio del 50 % del salario. La Caja contribuye a este pago con 4 semanas, de manera que son de cargo del patrón las 8 semanas restantes. Además la Caja paga un subsidio adicional de lactancia hasta el destete, de un 25 % del salario.

En virtud del art. 15 citado, se crea el Servicio de Madre y Niño, cuyo primer reglamento fué dictado el 4 de Diciembre de 1936. Posteriormente, por Decreto Supremo Nº 308 de Mayo de 1937, se dió financiamiento especial a este Servicio. Este financiamiento se hizo permanente en virtud del art. 2º de la Ley Nº 6236, de Septiembre de 1938, que dió el 1/2 % de los salarios para tal financiamiento.

El porcentaje señalado para cubrir los gastos del Servicio en referencia, fué modificado por la Ley Nº 9689 de Noviembre de 1950, que lo eleva al 1 1/2 % de los salarios.

Las prestaciones que concede el Servicio son las siguientes:

1º—Atención médica completa y pago de subsidios para el asegurado en caso de enfermedad.

2º—Atención médica especial en caso de embarazo, parto y puerperio.

3º—Atención y control médico completo del niño hasta los dos años de edad.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

4º—Auxilio especial de lactancia, cuando se haya recibido subsidio maternal y se comprueba que la madre amamanta a su hijo.

5º—Alimentación artificial del niño.

Los gastos efectuado en prestaciones concedidas por el Servicio de Madre y Niño aparecen en el cuadro siguiente y para los niños que se indican:

Años	Auxilio maternal	Auxilio Lactancia	Alimentación infantil
1951	6.757,951	18.701,516	53.716,878
1950	6.281,552	16.989,840	39.856,185
1949	5.290,513	13.490,660	33.786,682
1948	4.454,655	11.712,791	30.978,473
1947	3.605,244	9.370,020	21.791,822

Los ingresos legales para atender los gastos del Servicio fueron los siguientes, en los años que se indican:

1951	—.—	
1950	S/.	51.227,807.93
1949		61.368,905.10
1948		51.833,989.99
1947		42.681,649.47

Durante el período 1947-1951, las prestaciones en especies que consisten en atención médica de la madre, aparece en el siguiente cuadro:

Años	Madres atendidas Casadas	Solteras	Total	Consultas de embarazadas Antes 5º mes embarazo	Después 5º mes embarazo	Consultas repetidas	Total Consultas
1951	65,500	11,000	76,500	25,500	32,500	212,000	270,000
1950	64,810	10,932	75,742	24,798	32,623	207,565	264,986
1949	63,033	11,069	74,102	23,362	33,451	195,846	253,059
1948	62,471	11,663	74,134	23,389	34,026	192,619	250,034
1947	60,036	11,597	71,633	21,533	33,774	189,730	245,037

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Para el mismo período el número de niños nacidos vivos bajo el control del Servicio, fué el siguiente:

Años	Niños de término	Niños Prematuros	Total
1951	43,050	950	44,000
1950	42,893	946	43,839
1949	42,571	966	43,548
1948	42,475	1,155	43,620
1947	37,921	1,138	39,059

La mortinatalidad tiende a reducirse en forma apreciable, como se observa en el siguiente cuadro para los años que se indican:

Años	Nº de Casos
1951	550
1950	556
1949	531
1948	618
1947	635

Si se compara la cifra de este cuadro con el número de nacidos vivos del cuadro anterior, se observa que se ha reducido prácticamente a la mitad la tasa de mortinatalidad, en el período comprendido entre 1947 y 1951. Esto demuestra que los beneficios proporcionados a la colectividad por el Servicio, son muy útiles.

El número de niños atendidos anualmente por el Servicio y durante los años del período que consideramos, aparecen en el siguiente cuadro:

Años	Legítimos	Ilegítimos	Total
1951	115,000	20,000	135,000
1950	112,371	19,320	131,691

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

1949	110,392	19,890	130,282
1948	107,003	19,457	126,460
1947	100,607	19,655	120,262

Aquellos niños atendidos dieron origen al número de consultas que figuran en el cuadro que sigue, en donde además, se han separado las consultas efectuadas por niños sanos y por niños enfermos:

Años	De niños sanos	De niños enfermos	Total de consultas
1951	484,000	530,000	1.014,000
1950	471,416	537,333	1.008,749
1949	479,058	545,351	1.024,409
1948	500,970	522,763	1.023,733
1947	537,238	504,039	1.041,277

La mortalidad infantil de la población atendida por el Servicio, tiende a ser cada vez más pequeña y en el período que consideramos la reducción de la tasa respectiva de los niños menores de un año, declina en forma ostensible. Asimismo, la mortalidad de los niños de edades comprendidas entre uno a dos años tiende a disminuir. El siguiente cuadro confirma nuestras afirmaciones.

Años	Menores de un año Mortalidad infantil Nº de casos	% nacidos vivos	De uno a dos años Nº de Casos	TOTAL DE CASOS
1951	2,990	68,—%	710	3,700
1950	2,982	68,—%	707	3,689
1949	3,339	76,7%	847	4,186
1948	3,221	73,8%	859	4,080
1947	3,286	84,1%	865	4,151

La disminución de la mortalidad infantil que es manifiesta, según los antecedentes estadísticos del cuadro anterior, ha tenido repercusiones en

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

la mortalidad infantil que corresponde en todo país. Esto no debe causar extrañeza si se piensa que los Servicios de Madre y Niño tienen bajo su control a un 25%, aproximadamente de los niños nacidos en el país. En estas condiciones toda repercusión benéfica de los Servicios, tendrá necesariamente que repercutir en la población infantil menor de un año en todo el país.

Lo que precede se reafirma aún más al comparar la mortalidad infantil de niños menores de un año, que corresponde al país considerado como un todo y a la Caja de Seguro.

En el siguiente cuadro se anota dicha mortalidad en forma de porcentaje:

Año	% País	% Caja
1944	18,1	8,5
1945	18,4	9,3
1946	16,—	8,2
1947	16,1	8,4
1948	16,—	7,4
1949	16,9	7,7
1950	15,3	6,8

Se verifica fácilmente que la disminución de la tasa de mortalidad de la Caja, origina una disminución en la tasa de mortalidad general del país.

La experiencia realizada en Chile para un sector de la población ha dado resultados fructíferos. En forma objetiva se puede comprobar la influencia trascendental, que ejercen los seguros sociales en el desarrollo demográfico del país, influencia esta que se observa con toda claridad al establecer la mediana de las edades de los fallecidos cada año. El cuadro siguiente muestra aquella mediana, para los fallecidos de las edades correspondientes entre 0 y 100 años.

Año	Fallecidos 0—100 años
1928	2,9
1929	3,6
1930	2,2
1931	4,5

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

1932	6,5
1933	14,2
1934	6,9
1935	9,5
1936	7,6
1937	13,3
1938	15,7
1939	11,7
1940	11,2
1941	14,9
1942	14,8
1943	13,9
1944	18,4

Una simple ojeada a estas cifras, pone de manifiesto que hasta el año 1936 la influencia de la mortalidad infantil era muy grande, por lo que la edad mediana de todos los fallecidos era baja ,inferior a 10 años de edad. Sin embargo, a partir de 1937 se observa un salto brusco en la mediana, hecho éste que pone de relieve una disminución de la mortalidad infantil originada evidentemente por la acción del Servicio Madre y Niño.

ASIGNACION FAMILIAR

La asignación por cargas familiares es una prestación que se concede por Ley a los empleados particulares, a los de la Administración del Estado Civil y Militar, a los de las Municipalidades y a los obreros agrícolas. Además, el beneficio de asignación familiar está incorporado en los contratos de trabajo del resto de la población obrera, industrial, minera, comercial, etc.

a) **Asignaciones familiares empleados particulares.**—Esta prestación fué establecida por la Ley Nº 6020 de Febrero de 1937, para los empleados particulares. Se concede una suma de dinero por cada carga familiar y cualquiera que sea el número. Se entiende por carga a la esposa, a los hijos y a la madre viuda. Dicha suma se determina anualmente dividiendo el total de ingresos para este objeto por el número de cargas declaradas.

Este mecanismo para determinar el monto de la asignación, indica que el régimen financiero que cubre esta prestación es el de reparto simple.

Para financiar la prestación, la ley establece cotizaciones tanto para el empleado como para el empleador, que primitivamente fué de 2% para cada uno de ellos. Posteriormente la Ley Nº 6020 fué modificada y en la actualidad se encuentra vigente la Nº 7295 que establece un mecanismo especial que determina la cotización del empleador. En los últimos años, esta cotización ha sido de 19,33% del sueldo de cargo del empleador y 2% de cargo del empleado.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Los ingresos totales para financiar las asignaciones de los empleados particulares figuran en el siguiente cuadro:

Años	Ingresos totales
1947	$ 822,366.561.86
1948	1.051,528.650.18
1949	1.274,157.114.94
1950	1.595,516.341.70
1951	1.962,542.998.30

Del monto de la asignación, se destina el 18,33% para bonificar los fondos de retiro e indemnización. El saldo después de deducido lo anterior es lo que se denomina la asignación neta o líquida.

La asignación líquida mensual por carga, ha seguido el siguiente ritmo de crecimiento en los años que se indican:

Años	Asignación líquida
1947	$ 338.—
1948	355.—
1949	440.—
1950	475.—
1951	566.—
1952	800.—

El crecimiento que se observa tiene su origen en el aumento de los sueldos sujetos a cotización, por consiguiente puede ser considerado como un buen índice del proceso inflacionista del país. El aumento de la asginación se ha mantenido a pesar de que el número de cargas ha aumentado, lo que quiere decir que el ritmo seguido por los ingresos ha sido superior al ritmo de crecimientos de las cargas.

Las cargas familiares con derecho a percibir asignación aparecen en el siguiente cuadro para los años que se señalan:

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Años	Nº de cargas
1947	160.127
1948	196.100
1949	204.270
1950	224.377
1951	228.740
1952	243.209

El aumento del número de cargas debe atribuirse, principalmente, a los nuevos nacidos vivos antes que a otras causas. Dicho aumento es, evidentemente, favorable al crecimiento de la población del país.

Sin embargo, no siempre se consume la totalidad de los ingresos anuales sino que se ha adoptado la medida prudencial de formar un fondo de reserva, para ser utilizado en los casos de producirse diferencias con respecto a los cálculos previstos.

En el cuadro que sigue aparece el total de las asignaciones brutas y líquidas pagadas en los años que se indican:

Años	Asignaciones pagadas	
	Bruta	Líquida
1947	S/. 768.609,966.80	S/. 650.587,256.18
1948	986.948,145.12	835.391,469.87
1949	1,276.233,849.06	1,017.795,207.74
1950	1,505.243,551.34	1,278.947,988.54
1951	1,827.599,062.85	1,553.606,036.55

Al 31 de Diciembre de 1951 el Fondo de Reserva ascendió a la suma de S/. 260'000,000.

b) **Asignación Familiar de Empleados Públicos.**—El personal dependiente de la Administración del Estado, tanto civil como las Fuerzas Armadas, perciben asignaciones familiares.

El costo de ellas es de cargo Fiscal en su totalidad.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Las sumas destinadas en el Presupuesto de la Nación, para estos fines han sido, para los años que se indican, las siguientes:

Años	Sumas contempladas
1947	S/. 154.418,760.—
1948	377.494,880.—
1949	393.813,908.—
1950	684.259,795.—
1951	1,217.224,297.—

La variación que se observa se debe al monto de la asignación por carga, el que ha variado en la siguiente forma:

Años	Monto
1947	S/. 60.—
1948	240.—
1949	240.—
1950	415.—
1951	415.—

Los montos mensuales de S/. 240.— se aplicaban hasta la tercera carga familiar. Esta cantidad se aumentaba en el 50% por el cuarto y siguientes hijos. El aumento de S/. 415.—sólo se aplicó en 1950 a contar del mes de Octubre de ese año. Esto explica el aumento brusco que se observa entre 1950 y 1951.

c) **Asignaciones Familiares para Obreros Agrícolas.**—La Ley 8811, de Julio de 1947, estableció este beneficio a favor de los obreros agrícolas. El costo de la prestación es de cargo del empleador, quien debe destinar el 7% de los jornales que pague en su explotación; la cantidad respectiva en favor de la esposa e hijos menores de 14 años. En 1950 los salarios agrícolas totales en efectivo fueron S/. 1,200.000.000. en consecuencia el pago total del beneficio ascendió a S/. 84.000.000.

Las prestaciones familiares como ya hemos dicho en otras oportunidades, presentan evidentes ventajas y la experiencia chilena que hemos sintetizado a grandes rasgos, así lo demuestra.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

PROYECTO DE REFORMA

Los Seguros Sociales Chilenos estuvieron a la vanguardia durante muchos años, pero sus disposiciones orgánicas permanecieron estructuralmente sin grandes alteraciones, por lo que no se ajustaban a las nuevas orientaciones en materia de Seguridad Social. Este hecho ha dado lugar a la convicción de que es necesaria, una reforma substancial de toda la legislación de Seguros Sociales, para ponerla a tono con las modernas concepciones de la Seguridad Social.

En la actualidad, aquella convicción se ha concretado en las reformas de las leyes 4054 y 4055, y del Decreto con Fuerza de Ley Nº 851, reformas que ya han sido aprobadas por el H. Congreso Nacional y que, ahora son leyes de la República.

Las reformas mencionadas relativas a los asegurados obreros y empleados particulares, contemplan varios aspectos que conviene poner de relieve:

1º—El régimen financiero contemplado en la reforma es el departo. La adopción de este régimen ha sido más conveniente para facilitar la tarea de mantener el poder comprador de las pensiones, mediante el reajuste periódico de éstas, en concordancia con las variaciones de los sueldos determinados por el proceso de inflación y la consiguiente desvalorización de la moneda.

2º—En el caso de la reforma de la Ley 4054, el Seguro se amplía a los familiares. En consecuencia, el campo de aplicación se extiende de 1.000.000 de asegurados a 3.000.000, aproximadamente.

Además, la atención médica del niño, que las leyes vigentes la limitaban hasta la edad de dos años, se amplía hasta la edad adulta.

3º—La esfera de acción de los Seguros Sociales será mucho mayor y su organización técnica más perfecta por cuanto se crea un sólo servicio nacional de salud, en el que el seguro de enfermedad absorbe los servicios de Beneficencia y los de Higiene Pública.

4º—La reforma de la Ley de Seguro Obrero (Ley 4054), establese un subsidio de maternidad equivalente al promedio del salario diario, sobre el cual la beneficiaria ha hecho cotizaciones en los últimos cuatro meses. El pago de este subsidio se hará durante el período de reposo de seis semanas antes y seis semanas después del parto. A partir de la séptima semana y mientras amamanten a su hijo, las aseguradas recibirán alimentos suplementarios o un subsidio en dinero, equivalente al 25% del promedio del salario diario ya definido.

Las pensiones de huérfanos son iguales al 20% del salario medio general mensual y se otorgan hasta la edad de 15 años, prorrogable hasta los 18 si el pensionado es estudiante. Las pensiones de viudas con el 40 % del salario base mensual.

Los proyectos de reforma, en consecuencia, se ajustan al nuevo espíritu que animan las concepciones modernas de la Seguridad Social.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Hacia la Seguridad Social

ANTONIO ZELENKA

Jefe Actuario de la División de la Seguridad Social de la O. I. T.

Los riesgos que amenazan al hombre son tan viejos como el hombre mismo. La enfermedad o el accidente, la invalidez o la vejez, son acontecimientos que están ligados a la noción misma de la vida. En todas las épocas de su historia, el hombre ha buscado protección, si no contra los riesgos, al menos contra las consecuencias desastrosas de estos riesgos. Es lógico que las soluciones hayan sido las que han correspondido a la estructura de la sociedad en cada época, y en nuestra época contemporánea son las que corresponden a la estructura económica y social de la sociedad contemporánea. La primera protección del individuo contra los riesgos sociales era su familia, en el sentido restringido o amplio de la palabra. Cuando la economía conoció la moneda, los ahorros se convirtieron en un medio de previsión individual, aunque limitado al grupo relativamente pequeño de las personas favorecidas. Las grandes religiones han impuesto a sus fieles la caridad y la beneficencia como artículos importantes de su fe. La edad media creó las guildas entre cuyos objetivos estaba el de socorrer a sus miembros necesitados.

Sin embargo, se puede decir que los esfuerzos organizados en una esfera más amplia en el campo de la previsión social surgen en un período relativamente reciente de la historia. Muy a menudo se los relaciona con la gran revolución industrial resultante del maquinismo que, habiendo transformado la técnica de la producción, produjo profundas modificaciones en la estructura social de los pueblos. Pero también se puede observar que el progreso de la política social corresponde al de la idea de los derechos naturales del hombre, de la idea de libertad individual y de la democracia. Es interesante observar que la gran revolución francesa de fines del siglo XVIII consagró en la Constitución de 1793 el principio de la obligación de la sociedad —es decir, del Estado— de proteger a los hombres contra los riesgos sociales, estipulando: "La asistencia pública es un deber sagrado. La sociedad debe la subsistencia a los ciudadanos desgraciados, sea procurándoles trabajo, sea asegurando los medios de subsistencia a los que están incapacitados para el trabajo".

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Se observa, en efecto, que desde el comienzo del siglo XIX nace la legislación social casi en todas partes, teniendo por objeto, entre otras cosas proteger las personas económicamente débiles contra las consecuencias de los riesgos sociales. Aunque sería muy interesante seguir, al menos las grandes etapas, en los diversos países y las diversas regiones del mundo, el tiempo de que dispongo me obliga a limitarme a decir que se pueden distinguir "grosso modo" entre otras, las siguientes soluciones:

1º) Obligaciones de una persona frente a otra persona determinada; por ejemplo, la obligación del empleador de compensar a su empleado por el accidente; o la obligación del hijo de sostener a sus padres necesitados.

2º) Asistencia pública, que impone a las autoridades públicas la obligación de socorrer a las personas necesitadas que se encuentran en ciertas condiciones determinadas.

3º) Seguro Social Obligatorio, que garantiza a las personas sujetas al seguro la protección contra ciertos riesgos e impone a los asegurados, o a terceros por cuenta de los asegurados, la obligación de pagar cotizaciones.

Hoy en día, se preconiza la noción de Seguridad Social, como vía del progreso para los esfuerzos organizados que tienen por objeto la protecc-in del hombre contra los riesgos sociales. Pero notemos que la amplitud del concepto "Seguridad Social" puede ser más o menos amplia, y, en efecto, varía de un país a otro y también de un autor a otro. De tiempo en tiempo se incluye la estabilidad del empleo, la fijación de los salarios justos, la formación profesional, las condiciones de vivienda sana y decente. Se está llegando lentamente a un entendimiento, al menos en los medios de los especialistas, en el sentido de limitar la extensión de la palabra "Seguridad Social" a las medidas dirigidas hacia la protección del hombre contra los riesgos que amenazan sus medios de existencia.

Muy a menudo se habla del paso de la noción de seguros sociales a la noción de seguridad social. Es bien natural que se plantée la cuestión de ¿en qué consiste este paso? ¿cuál es la diferencia entre los seguros sociales y la Seguridad Social? ¿Es la Seguridad Social una concepción que se opone a la de seguro social?, y en caso afirmativo, ¿por qué razones? ¿En qué diferirán la técnica y el mecanismo de la Seguridad Social de los del seguro social?.

Para examinar este particular es útil proceder de una manera un poco sistemática. Comencemos por la noción de seguro; una buena definición del seguro contractual es la formulada por el Prof. Hemard en su "Tratado Teórico y Práctico de los Seguros". "El Seguro es una operación financiera por la cual una de las partes, el asegurado, hace que se le prometa mediante una remuneración, la prima, para él o para un tercero, en caso de realizarse un riesgo, una prestación por la otra parte, el asegurador, quien, tomando por su cuenta un conjunto de riesgos, los contrapesa conforme a las leyes de la estadística".

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Esta definición permite ver tanto la concepción como el mecanismo del seguro contractual. Supone la existencia de dos partes, del asegurado y del asegurador; admite la existencia de una tercera parte, del beneficiario. El seguro cubre los riesgos, es decir la realización de los acontecimientos que supone las pérdidas o las cargas; por esto el seguro se distingue del juego de azar que busca la ganancia por un efecto de la casualidad. Además, el seguro supone la existencia de un número suficiente de contratos para hacer posible la compensación estadística. Finalmente, la definición implica el principio de la equivalencia del valor probable de los compromisos y de los derechos.

Los seguros sociales en el tiempo en que se organizaron los primeros regímenes obligatorios, se inspiraron naturalmente en los seguros privados. Sin embargo, tanto la concepción como la técnica de los seguros sociales se desarrollaron y modificaron rápidamente. En primer lugar, los seguros sociales obligatorios, reemplazan el contrato libre de seguro por la obligación del seguro. Abandonan el principio de la equivalencia del valor probable de los compromisos y de los derechos dentro de cada contrato y lo sustituyen por la equivalencia del valor probable de los compromisos y de los derechos para el conjunto del grupo asegurado, y esta equivalencia se busca en la hipótesis de la perennidad del sistema.

La noción del riesgo se amplía y modifica de manera que se pasa a la noción de las cargas efectivas y, más aún, de las cargas presumidas. En lugar de las primas y derechos contractuales, el Seguro Social introduce el derecho a las prestaciones por una parte y la obligación de pagar cotizaciones por otra parte. La obligatoriedad del seguro hace posible abandonar las primas que corresponden a los riesgos individuales y recurrir a amplias compensaciones de riesgos de gravedad muy diferentes. Sin abandonar del todo una relación entre las cotizaciones y las prestaciones, las tasas de cotización, y todavía más, los recursos financieros que resultan de las consideraciones de oportunidad económica y de la justicia social, y las prestaciones, se determinan por la amplitud de las cargas y de las necesidades presumidas.

Todas estas modificaciones no fueron adoptadas en todas partes y en el mismo grado, pero son bien características del desarrollo de la concepción y del mecanismo de los seguros sociales, y se puede decir que casi todos los grandes regímenes de seguros sociales, ya antes de la segunda guerra mundial las habían adoptado. Teniendo en cuenta este desarrollo se puede formular la siguiente definición:

"El Seguro Social Obligatorio es un sistema en virtud del cual los miembros de una cierta categoría de la población —los asegurados sociales— quedan obligados a pagar a la organización aseguradora cotizaciones determinadas, o estas cotizaciones son pagadas en su nombre; en contrapartida el organismo asegurador queda obligado a atribuír al asegurado o a una persona a su cargo prestaciones determinadas cundo se produce el acontecimiento asegurado a condición que el beneficiario reuna las condiciones previstas".

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

INFORMACIONES SOCIALES

El término "Seguridad Social" fué ya utilizado antes de la guerra; recordemos a manera de ejemplo la "Social Security Act" de los Estados Unidos. Pero su uso general tiene su origen en dos acontecimientos importantes. Estos son el famoso "Plan Beveridge" de la Gran Bretaña, y la 26ª Conferencia Internacional del Trabajo de 1944, en Filadelfia, que habiendo adoptado la declaración de los fines y de los objetivos de la O. I. T., estableció recomendaciones relacionadas con la Seguridad Social; la primera sobre la garantía de los medios de existencia, la otra sobre la atención médica. En algunos años el término "Seguridad Social" ha arraigado en todas las lenguas y en todos los países.

A pesar de todo, confieso que encuentro un tanto dificultoso el presentarles una definición de la Seguridad Social. Existe una serie de definiciones, más o menos amplias, más o menos arbitrarias, pero mi impresión es que se trata casi siempre más bien de descripciones que de definiciones. Personalmente yo prefiero la fórmula siguiente que se esfuerza en concentrar el fondo de las recomendaciones de Filadelfia:

"La Seguridad Social es el conjunto de medidas tomadas por la sociedad y, en primer lugar, por el Estado, para garantizar a todos, los cuidados médicos necesarios y asegurarles los medios de vida en caso de pérdida o de reducción importante de sus medios de existencia, causadas por circunstancias no dependientes de su voluntad".

Examinemos esta fórmula para interpretar algunos puntos. La Seguridad Social debe ser un resultado de los esfuerzos organizados por el Estado en primer lugar; dicho de otra forma, **debe estar basada en la legislación nacional.** El estado, siendo la suprema autoridad en nuestra organización social, debe consagrar y afirmar los fundamentos de la seguridad social en la forma más fuerte, es decir, por la ley. No hay que confundir esta condición con la administración directa de los servicios de seguridad social por el Estado; es factible que, por razones importantes, se lleve a cabo otra forma de organización, y esto no está en absoluto en contradicción con el principio enunciado. Además esto no significa de ninguna manera, que las medidas legislativas no puedan ser acompañadas y completadas, o ampliadas, por otras medidas resultantes de la iniciativa privada, de los contratos colectivos. En efecto, se observa por todas partes que al lado de los regímenes de Seguridad Social introducidos por la legislación, coexisten numerosos regímenes complementarios, sociedades de ayuda mutua, las cajas de empresa, las cajas para ciertas ramas de la industria, el seguro de grupos, etc. La imagen de la Seguridad Social británica quedaría incompleta si olvidáramos la existencia de los numerosos "fondos de previsión" (Provident Funds), "fondos de jubilaciones" (Supperanuation schemes) y "sociedades de socorros mutuos" (Friendly societies). En Estados Unidos, desde hace algunos años, se produce una expansión muy rápida de esta clase de Seguridad Social; las grandes organizaciones sindicales se esfuerzan en poner en pie, por la vía contractual planes de seguridad social para una empresa o para una rama entera de la industria, sea para completar las prestaciones atribuídas por la legislación, sea para llenar las lagunas que deja la legislación. Las fórmulas y las soluciones son muy diferentes y es muy interesante ver el papel que juegan en este campo los seguros pri-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

vados. Lo mismo ocurre en el Canadá, en los Países Escandinavos, en Suiza, en Francia, así como en los países de la América Latina. Sin embargo la base de la seguridad social debe estar en la legislación nacional y las otras medidas, aunque útiles para completarla, no pueden sustituirla.

El segundo principio es el de **la generalidad**: la Seguridad Social debe proteger a todo individuo, de manera que debe cubrir a toda la población. Esto no quiere decir que cada régimen debe aplicarse a todas las categorías de la población; cabe la posibilidad de que la situación imponga soluciones diferentes para las diferentes categorías. Pero la legislación nacional debe, en conjunto, garantizar la protección a la población entera.

El objetivo de la seguridad social es doble. En primer lugar **garantir las atenciones médicas** completas: servicios curativos con el fin de restablecer la salud, de prevenir la evolución de la enfermedad y de aliviar los sufrimientos, cuando la salud del individuo está amenazada; y servicios preventivos, con el fin de proteger y mejorar la salud del individuo y del conjunto de la población. El segundo objetivo es garantizar **los medios de existencia** adecuados al individuo en caso de pérdida o disminución sensible de estos medios, que sea independiente de su voluntad, y cualquiera que sea la causa: enfermedad, maternidad, desempleo, accidente, invalidez, vejez, muerte del cabeza de familia, aumento de cargas familiares.

Reparemos particularmente, que nuestra fórmula no habla en absoluto del mecanismo por medio del cual la Seguridad Social debe operar. Esto no es una casualidad, ya que desde el punto de vista de los principios de la Seguridad Social el mecanismo es de una importancia secundaria y lo que cuenta son los resultados efectivamente alcanzados. Es por esta razón que la definición dice: "La Seguridad Social es el conjunto de medios por los cuales..." En efecto se puede observar que los medios y las vías por las cuales se trata de llevar a efecto la Seguridad Social difieren, no solamente de un país al otro, sino también dentro de un país donde encuentra soluciones diferentes. Todas las clasificaciones son más o menos arbitrarias porque no hay delimitación precisa entre las diversas soluciones, y si hay regímenes que tienen todas las características del seguro social obligatorio por otra parte regímenes que pueden clasificarse como de asistencia social, también hay toda una gama de regímenes que tienen características del seguro y de la asistencia social al mismo tiempo.

Algunos ejemplos pueden ayudar a aclarar esto. Las pensiones nacionales, se dan en Suecia, a cada ciudadano sueco, que ha alcanzado la edad de 67 años. Para la atribución del montante de base no se exige ninguna condición especial; pero ciertas condiciones sociales influyen para el derecho a aumentos de dichas pensiones. El régimen se financia por medio de un impuesto sobre la renta —1% de dicha renta con límites inferiores y superiores— pero el producto de este impuesto no cubre más que 1/9 de los gastos y el resto queda a cargo del Estado así como de ciertas entidades locales.

En Suiza el régimen de pensiones de vejez y de muerte, que cubre prácticamente toda la población tiene dos categorías de pensiones: Pen-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

siones ordinarias a las cuales tienen derecho los asegurados que han cumplido el plazo de espera (stage) —un año de cotizaciones para los asegurados de nacionalidad suiza—, y las pensiones transitorias otorgadas a los demás ciudadanos tomando como criterio la necesidad social. El régimen se financia con las cotizaciones de los asegurados y de los patronos y por las subvenciones de la Confederación y de los cantones. El régimen ha acumulado durante algunos años de funcionamiento fondos considerables.

El régimen de Seguridad Social en Nueva Zelandia, que garantiza atenciones médicas, asignaciones familiares y prestaciones en dinero en caso de enfermedad, maternidad, invalidez, desempleo, vejez o muerte del cabeza de familia, se financia por un impuesto especial igual al 7 y ½% de la renta y por las subvenciones del Estado. El derecho a las atenciones médicas y a las asignaciones familiares —así como a las prestaciones de maternidad es incondicional; por el contrario las prestaciones en caso de enfermedad, de invalidez o de desempleo, así como las pensiones a los sobrevivientes se otorgan a los beneficiarios cuyos recursos personales no son suficientes. Las pensiones de vejez son de dos clases: La pensión llamada "superannuation benefit" pagada a partir del 65º aniversario es incondicional; la pensión llamada "old-age benefit" cuyo montante es más elevado y que se atribuye a partir de la edad de 60 años está sometida al criterio de las necesidades personales.

En los Estados Unidos, el régimen de pensiones de vejez y de muerte introducido por la "Social Security Act" antes de la guerra, se financia por las cotizaciones de los asegurados y de los empleadores. Las pensiones se atribuyen a todos los beneficiarios que reunen condiciones determinadas sin tener en cuenta su situación social. Este régimen se completa por el servicio de pensiones de vejez que se financia exclusivamente por los fondos públicos, pero tales pensiones se atribuyen por el criterio de las necesidades personales.

Podríamos examinar todos los sistemas país por país y régimen por régimen para demostrar que hay toda una gama de sistemas y de mecanismos que no es posible clasificar en algunas fórmulas rígidas. Algunas veces se piensa que la delimitación más acentuada entre los seguros sociales y los servicios públicos de Seguridad Social puede buscarse en el criterio de la necesidad de la persona, que es de regla en la asistencia social. Pero esto es erróneo, porque muchos servicios públicos no hacen ninguna distinción de acuerdo con la situación social ni en lo concerniente al derecho a prestaciones ni en lo concerniente a su calidad o su cantidad. Recordemos el "National Health Service" del Reino Unido, o los regímenes de asignaciones familiares en Australia, en el Canadá, en Irlanda, Finlandia, Noruega, Reino Unido y Suecia.

Sin embargo, se puede observar que hasta ahora la mayor parte de los países fundamentan la Seguridad Social en los seguros sociales obligatorios; estos son frecuentemente completados por otros servicios públicos o por la asistencia social pública.

Podemos resumir nuestras consideraciones en algunos puntos:

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

a) No existe ninguna oposición entre la noción de los seguros sociales y la de la Seguridad Social; la una no excluye en absoluto a la otra.

b) Los seguros sociales obligatorios son, no solamente uno de los medios por los cuales se realiza la Seguridad Social, sino, al menos hasta ahora, el medio más importante y el más eficaz.

c) El paso de la noción de los seguros sociales a la de la Seguridad Social, se traduce en la extensión del campo de aplicación de los servicios en lo que respecta a las personas protegidas, así como en lo que respecta a las eventualidades (riesgos) que se cubren, y por la determinación de la calidad y de la cantidad de las prestaciones en función de la necesidad efectiva o presumida.

d) La extensión señalada se efectúa, sea por medio de modificaciones apropiadas de los sistemas de seguros sociales antiguos, sea por otros medios, en particular por los servicios públicos.

La concepción de la Seguridad Social ha ejercido gran influencia en el mecanismo de los regímenes de seguros sociales en el sentido de acercarlos a la definición que hemos formulado antes. En particular, la función social de las prestaciones toma más importancia que las consideraciones sobre la relación entre las cotizaciones y las prestaciones en un caso particular. Por otra parte, la determinación de los recursos financieros toma en cuenta, no solamente el equilibrio financiero indispensable del organismo asegurador, sino también la oportunidad económica de las modalidades de financiamiento.

La incidencia económica del funcionamiento de la Seguridad Social sobre el conjunto de la economía nacional y sus diversos sectores ha tomado una importancia mucho mayor en el momento actual, precisamente a consecuencia de la extensión de la Seguridad Social.

La Seguridad Social es el instrumento por el cual se efectúa una redistribución de la renta nacional, de tal manera que una parte de esta renta se pone a disposición de las personas que están en condiciones determinadas. Estas personas —los beneficiarios— constituyen, en principio, la población económicamente inactiva: los enfermos, los inválidos, los viejos, los parados, o los niños en caso de asignaciones familiares. Por tanto, la intervención de la Seguridad Social en la vida económica se traduce en la transferencia de una parte del producto nacional, de la población activa a la población inactiva. Las modalidades de esta transferencia vienen determinadas por el mecanismo que se elige para llevarla a la práctica. Al buscar la solución adecuada, hay que tomar en consideración una serie de elementos: la justicia social, la oportunidad económica; pero también los aspectos psicológicos y las posibilidades administrativas.

Vemos que la solución práctica para la realización de la Seguridad

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

Social no es ni puede ser siempre la misma. Por el contrario debe responder a las condiciones específicas de cada caso, de cada región y de cada época. Por tanto, los métodos y los mecanismos se encuentran en una evolución permanente. Por el contrario lo que es constante y constituye la base de la Seguridad Social es un objetivo:

Liberar al hombre del miedo por la incertidumbre del futuro, para hacerle más feliz, más libre, más humano.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Tratamiento ambulatorio y rehabilitación del paciente tuberculoso

Por el Dr. ARQUIMEDES RAMOS DIAZ

EXPERIENCIA OBTENIDA EN EL POLICLINICO OBRERO DEL CALLAO

Consideraciones generales.—En nuestro concepto uno de los objetivos de mayor importancia que debe resolver la lucha contra la Tuberculosis en nuestro País, debe ser la reorganización del tratamiento ambulatorio y la rehabilitación oportuna del enfermo tuberculoso.

No debe escapar a las Autoridades Sanitarias la enorme ventaja que podría obtenerse, si a un gran porcentaje de tuberculosos se les pudiese tratar y controlar manteniéndolos en su Centro de trabajo, desde luego sujeto a ciertas condiciones que pueden ser fijadas previamente. Debe tomarse en cuenta que el trabajo adecuado a las condiciones físicas del individuo, no sólo fortifica el espíritu bastante deprimido por la enfermedad de larga evolución, sino también contribuye a la localización del paciente y de sus **familiares** en determinadas zonas de trabajo; esto no es sólo una ventaja para la salud del propio enfermo y de las necesidades económicas de su hogar, es también una ventaja epidemiológica en la oganización de la Salud Pública, porque dando facilidades de vida al tuberculoso no contagiante y capacitado para trabajar, podríamos evitar su deambulación por diferentes localidades del País, su mayor desgaste orgánico por tener que dedicarse obligatoriamente a ocupaciones inadecuadas e incontroladas, y sobre todo podríamos controlar con eficacia la evolución de su propia afección y el estado de salud de los que con él conviven que son los más expuestos al contagio.

Los que trabajamos en tuberculosis, podemos observar que en nuestro medio social, una gran mayoría de pacientes, lógicamente aquellos que no sienten su enfermedad, por diversos motivos se ven obligados a trabajar a pesar de habérseles dicho que están enfermos. Como a estos sujetos se les niega un certificado de salud, se ven obligados, apremiados por sus necesidades económicas a buscarse la vida en forma

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

inconveniente para su estado de salud, en trabajos donde no les exigen certificados del Dispensario, o bién a conseguirse dicho certificado en forma ilegal. También hemos podido observar que determinados centros de trabajo, no son lugares propicios para el contagio y que en la mayoría de los tuberculosos que están trabajando, porque les hemos dado de Alta en las condiciones que más abajo expongo, la enfermedad no evoluciona desfavorablemente, durante dos años que los estamos observando y aún podría asegurarse que su recuperación se ha hecho más notoria desde el momento en que han comenzado a trabajar.

Se nos podría decir que el reposo es indispensable para la cura de la tuberculosis y que las regresiones del proceso son frecuentes; si esto es cierto para algunos casos, en muchos otros la realidad es diferente; viven como pueden y hacen lo que quieren y su enfermedad no regresiona. Consideramos que cuando ni el espíritu ni el cuerpo sienten la necesidad de estar recluídos forzosamente en una cama, dicho reposo puede ser hasta perjudicial. En cuanto a las regresiones peligrosas de la enfermedad, puedo asegurar que todo se resolvería con una buena organización de control. Como base del problema que planteamos, voy a exponer brevemente la organización que tenemos y los resultados obtenidos en un estudio efectuado sobre 534 obreros tuberculosos, cuyo control de sus labores y de la evolución de su enfermedad, está obligadamente a nuestro cargo desde hace dos año.

Forma como hacemos el diagnóstico en enfermos ambulatorios.— Todo paciente que ingresa al Consultorio de enfermedades bronco-pulmonares del Policlínico Obrero del Callao, es sometido rutinariamente a un examen Clínico, Radiológico y Bacteriológico. Se investiga especialmente B. de Koch en el esputo, en la sangre, la numeración globular, la fórmula sanguínea, la velocidad de sedimentación y el dosaje de proteínas. Cuando estos procedimientos son insuficientes para establecer un diagnóstico correcto, se pueden utilizar como es costumbre, tomografías, broncografías, pleuroscopías; cultivos de contenido gástrico y de esputos para investigar, no sólo B. de Koch sino también hongos u otras bacterias; se investigan células tumorales, parásitos etc., por último se verifican otras reacciones biológicas y serológicas con carácter específico. Hecho el diagnóstico definitivo se indica el tratamiento correspondiente; si durante la aplicación terapéutica se presenta alguna complicación extra-pulmonar, se remite al paciente a los especialistas de otras secciones para que ellos decidan la conducta a seguir.

Normas que seguimos para el tratamiento.—Tratándose de asegurados, fácil es comprender la presión a que está sometido el médico tratante, por parte de los obreros, para que a todos los que son tuberculosos se les administre a la brevedad posible, las medicaciones que tanta popularidad han alcanzado en la terapéutica antituberculosa, es decir: la Estreptomicina, el ácido Paramino salicílico y la Isonicotilhidrazida. Fácil es también comprender que las indicaciones de reposo y medidas higiénico-dietéticas, no pueden tomarse en cuenta, por cuanto el paciente ambulatorio hace lo que quiere sin que sea posible ejercer un control efectivo sobre sus actividades y alimentación dentro del hogar. Sobre esta base, nosotros hemos organizado las indicaciones terapéuticas

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

en la siguiente forma: En todas las formas clínicas que vamos a mencionar utilizamos la Estreptomicina asociada al P. A. S. (1 gramo de Estreptomicina cada dos días y diariamente 10 gramos de P. A. S. durante un período mínimo de 4 meses). Si durante el tratamiento observamos que el paciente no acusa mejoría subjetiva, o presenta manifestaciones de tipo tóxico, cambiamos la Estreptomicina por la I. N. A. H., en la dosis de 5 miligramos por kilo de peso. En las tuberculosis ulceradas o cavitarias, además de lo dicho, hacemos la colapsoterapia, sea con el pneumotórax artificial en forma ambulatoria, o solicitando su internamiento para que se le haga quirúrgicamente. Después de cuatro meses de tratamiento, se verifica en el paciente un control Clínico, Radiológico y Bacteriológico y se decide la conducta a seguir.

Porcentaje de formas clínicas encontradas y su porcentaje de Altas correspondientes, en relación a 534 asegurados en un período de dos años.

Formas Clínicas	Porcentaje	Altas respectivas
Tbc. Inflitraciones pulmonares tipo 1 ...	10,4%	44,7%
Tbc. Infiltraciones pulmonares tipo 2 ...	6,7%	65,8%
Tbc. Fibrocaseosis tipo 2	14,9%	18,3%
Tbc. Fibrocaseosis tipo 3	16,9%	0,0%
Tbc. Ganglio-pulmonares	3,0%	58.3%
Tbc. Siembras Hemáticas tipo 1	1,3%	100,0%
Tbc. Siembras Hemáticas tipo 2	1,9%	49,9%
Tbc. Pleuritis con Derrame	3,9%	100,0%
Tbc. Pleuro-pulmonares	2,7%	46,1%
Tbc. Fibro-esclerosis evolutivas tipo 1 ...	4,0%	65,0%
Tbc. Fibro-esclerosis evolutivas tipo 2 ...	3,0%	0,0%
Tbc. Residuales (Calcificaciones etc.) ..	4,0%	100,0%
No tuberculosos (Diversas afecciones)	27,3%	100,0%

Analizando en su conjunto estas observaciones, tendríamos lo siguiente: Sobre 534 asegurados que han ingresado en el transcurso de dos años, hemos dado de Alta a 234 lo que equivale a un 43,8%, es decir que casi la mitad de todos los pacientes que acuden a los consultorios de enfermedades bronco-pulmonares por ser tuberculosos o simplemente sospechosos, pueden ser dados de Alta en condiciones de trabajar en forma adecuada. Pese a esto, también debemos observar que con los métodos terapéuticos que hemos indicado, sólo habríamos obtenido un porcentaje de recuperaciones que apenas llega a 16,5%; esta cifra resultaría de restarle al total de Altas que es 43,8% la cantidad de 27,3% que es el total de enfermos no tuberculosos que hemos consignado en nuestra estadística.

Condiciones en que rehabilitamos al enfermo.—1º Ordenamos que vuelvan a sus labores a los enfermos que han sido tratados y observados un tiempo mínimun de cuatro meses, que no acusen ninguna sintomatología subjetiva ni objetiva; que sus exámenes radiológicos acusen limpieza o lesiones mínimas de fibro-esclerosis (descartamos las fibro-esclerosis tuberculosas extensas, porque como sabemos éstas pro-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ducen un estado de enfermedad irreversible y una gran disminución de la capacidad respiratoria); que los exámenes de laboratorio acusen una velocidad de sedimentación no mayor de 10 milímetros en 1 hora método Westergreen; que su fórmula sanguínea demuestre un poder defensivo evidente; cuando hay secreciones bronquiales, que la bacteriocospía sea repetidamente negativa al B. Koch, en casos, en que exista duda sobre la recuperación, se pide cultivo del contenido gástrico, tomografías, etc. Cuando se trata de un paciente pneumotorizado, antes de darle el Alta comprobamos si el colapso es totalmente eficaz, si no hay diseminación contralateral, si el parénquima colapsado está libre de lesiones activas; además ordenamos al enfermo que debe seguir con sus aplicaciones cada 8 días. 2º Por intermedio de la Visitadora Social, solicitamos del Patrono que a estos obreros se les mantenga en trabajos donde no realicen un gran esfuerzo corporal, garantizándoles que dicho trabajador no es contagioso para su Centro de trabajo (eliminamos de esta reglamentación a los Servicios domésticos y a los Centros de trabajo donde se manipulen alimentos) y que en labores adecuadas puede rendirle igual que un obrero sano y por último que el Seguro Social se compromete a controlar cada dos meses, en forma permanente a dicho asegurado. Hasta la fecha no hemos encontrado resistencias de importancia por parte de los Patronos ni de los obreros. Hemos observado que los pacientes que trabajan, llevan una vida hogareña más disciplinada, su estado psíquico y corporal se muestra más florido en relación a la época en que han permanecido en descanso; sus controles sucesivos no han acusado ningún síntoma de regresión de la enfermedad durante los dos años que les observamos.

En nuestra estadística hasta la fecha, sobre 234 Altas han reingresado 6 casos por motivo de su enfermedad, pero todos ellos por no haber seguido las indicaciones que se les había exigido para darles de Alta. Uno por no haber conseguido trabajo adecuado, cargaba sacos de cemento; dos por haber sufrido accidentes traumáticos en el tórax; uno por haber abandonado su pneumotórax prematuramente, éste regresó después de un año de estar trabajando y dos por haber llevado una vida nocturna exagerada.

CONCLUSIONES

1º Sería conveniente que las Autoridades Sanitarias, en la lucha contra la tuberculosis, otorgasen certificados de capacitación para el desempeño de determinados trabajos, a todo enfermo de tuberculosis pulmonar que hubiese sido rehabilitado por el especialista. Estos certificados deben ser renovados cada dos meses.

2º El tratamiento ambulatorio de la tuberculosis pulmonar, utilizando la Estreptomicina, el P. A. S., la Isonicotilhidrazida y el pneumotórax artificial en forma combinada; haciendo porcentajes parciales en relación a formas clínicas, puede dar rehabilitaciones que varían desde el 18,3% hasta el 100,0%; pero si se sacan porcentajes totales, sin seleccionar enfermos, se puede sacar como conclusión que

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

con los procedimientos mencionados sólo hemos conseguido recuperaciones en un 16,5%.

3º De acuerdo a la estadística presentada, las formas graves de tuberculosis pulmonar son las que mayor porcentaje acusan; pero a pesar de ello sólo llegan a un 16,9%, como en estos casos las rehabilitaciones son igual a 0,0%; justo sería que a estos pacientes se les diera preferencia en el internamiento, no sólo con fines profilácticos, sino también porque en un Sanatorio u Hospital ellos tendrían mayores posibilidades de recuperación o de morir bien atendidos. Es lógico también pensar, que dado el porcentaje reducido de este tipo de pacientes, la urgencia de camas sería menos angustiosa, pues el internamiento sólo sería obligatorio para las tuberculosis quirúrgicas y las formas graves.

4º De acuerdo a nuestro estudio en relación a las formas clínicas, en la masa obrera, la ausencia completa de tuberculosis primarias, puede hacer pensar que el Centro de trabajo no es un lugar propicio para el contagio del trabajador. El hogar del tuberculoso sería el mayor responsable para el mantenimiento de la enfermedad y es aquí donde deberían actuar principalmente las autoridades sanitarias.

5º Estaría demostrado que un gran porcentaje de tuberculosos pueden dedicarse a ocupaciones adecuadas, bajo una reglamentación que sería estudiada previamente, y deber sería del Estado favorecer en ciertos trabajos a estos enfermos recuperados a fin de que sus familiares puedan vivir mejor y se radiquen en localidades donde puedan ser fácilmente controlados y tratados convenientemente.

6º Nuestra estadística demuestra que en un 27,3% los pacientes sindicados como tuberculosos, por los consultorios no especializados; después de un estudio bien orientado y de un período de observación prudencial, resultan catalogados como no tuberculosos.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Campo de Aplicación del Seguro Social y el Privado: Sus Límites

Por FRANCISCO DE IPIÑA GONDRA

Asesor Actuarial Jefe del
Instituto Nacional de Previsión de España

Este tema siempre ha merecido especial interés, pero entendemos que en estos últimos años su importancia ha ido aumentando ante el asombroso crecimiento de la moderna Seguridad Social.

Con este trabajo pretendemos interesar a los lectores por este tema, y orientar a la opinión aseguradora sobre materia de tanta actualidad, pero sin intentar decir la última palabra, sino prestar una colaboración más, junto a las aportadas por sociólogos y economistas que con mayor autoridad han tratado ya estos asuntos.

El antiguo y tradicional Seguro Social va quedando poco a poco anticuado y estrecho. A partir de la postguerra de 1945, y aun unos años antes, todos los esfuerzos de estadistas y sociólogos han ido encaminados, no sólo para ampliar el campo de aplicación obligatorio, sino orientando sus organizaciones técnico-administrativas hacia una concepción de Seguro de tipo nacional, en el que se integran todos los riesgos que pueden amenazar la tranquilidad o seguridad económica del trabajador, y aun del simple ciudadano.

No debe quedar, pues, persona alguna al margen de esta moderna organización del Seguro Social, porque por muy elevado que se encuentre siempre existe la posibilidad de una desgracia, y es evidente que la miseria o infortunio de cada componente de la sociedad, perjudica y repercute en la vida social de los demás.

El actual Presidente de los Estados Unidos exponía un cierto paralelismo de esta idea con el mundo internacional en uno de sus primeros discursos, cuando abogaba con tanto calor por la solidaridad inter-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

nacional "pues el empobrecimiento de cualquier unidad política en el mundo significa un peligro para el bienestar de los demás pueblos".

Los antiguos Seguros Sociales obligatorios, sin embargo, continúan siendo la base y núcleo fundamental de la nueva Seguridad Social, completada hoy en día con otros servicios públicos y asistenciales. Sigue siendo, al menos hasta ahora, el medio más importante y eficaz. El paso de la denominación de los Seguros Sociales al de Seguridad Social se traduce por la extensión del campo de aplicación de los riesgos y servicios que se cubren y por la determinación de la calidad y aun cantidad de la protección, en función de la necesidad efectiva o aproximada.

La Seguridad Social constituye un conjunto de Seguros, subsidios y servicios públicos que tienen por objeto ayudar al económicamente débil, garantizando una estabilidad económica a todas las clases de la sociedad, sin excepción, contra los riesgos llamados sociales.

La creciente intervención estatal en la protección del trabajador hace evolucionar toda esta organización hacia la creación de servicios públicos, perdiendo, por tanto, el carácter de Seguro para acercarse más a una institución asistencial, aunque sin confundírsela con ella, debido, principalmente, a la participación económica del asegurado en su financiación por medio de cuotas, y a su intervención directa y eficaz en su administración a través de sus órganos de gestión.

Esto trae consigo una evolución en los sistemas de su financiamiento, ya que de las cotizaciones voluntarias se ha pasado al Seguro Obligatorio, subvencionado en mayor o menor proporción por el Estado, y, modernamente, a través de los "impuestos", bien sea en bloque o no especificado, dedicando para ello determinadas imposiciones a esta finalidad, o simplemente incluyendo una participación de los presupuestos del Estado en las necesidades y pagos de la Seguridad Social.

La novedad con que se nos presenta la Seguridad Social de la postguerra, en comparación con los anteriores regímenes de Seguros Sociales, consiste en su integración de la totalidad o casi totalidad de la población, lo que pone a actuarios y economistas frente a nuevos problemas que conciernen, principalmente, a la relación entre la Seguridad Social y la economía nacional del país.

Vemos, pues, que la Seguridad Social viene a ser uno de los medios modernos más eficaces para resolver la llamada "cuestión social". En efecto, se basa en el principio de la justicia social en el deber de toda sociedad organizada de garantizar a sus componentes la protección de su salud, y el remedio contra los riesgos económicos que se presenten en su vida de trabajo.

Pero el crecimiento y extensión que la Seguridad Social está adquiriendo, supone un problema social de tal importancia que hace pensar muy seriamente a economistas y sociólogos en el estudio y análisis de los posibles contornos y límites entre los cuales debe moverse y quedar encerrado. De lo contrario, dada la tendencia estatista de la sociedad moderna, ha de ir cada vez aumentando y creciendo sus actividades, invadiendo toda clase de campos, no sólo el económico-social, que le es propio, sino otros que le son ajenos, como el de la enseñanza, el de la moral (costumbres), el político-religioso, etc...; bien directa o indirecta-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

mente, ejerciendo una influencia tan completa sobre toda la vida de los ciudadanos que, si no ponemos remedios adecuados y anticipados, forzosamente puede desembocar en un concepto socialista del Estado, ya que en último término esta super-seguridad social así concebida, únicamente puede ser regida, gobernada y mantenida por el propio Estado, invadiendo campos que no le corresponden.

De acuerdo con nuestro criterio ,entendemos que únicamente deben ser organizados y cubiertos por la Seguridad Social oficial, aquellos riesgos y servicios que los ciudadanos no están en condiciones de poder cubrir privadamente; es decir, sin el auxilio e intervención del Estado, a través de los órganos de la Seguridad Social.

Según Jordana de Pozas "la Seguridad Social mira a asegurar el bienestar de la población, garantizando el trabajo con una retribución suficiente, garantizando, asimismo, la sustitución del salario, cuando éste falte por cualquier motivo, y removiendo o impidiendo otras causas de miseria o de malestar, tales como la vivienda, la enfermedad, la agravación que representan las familias numerosas para el jefe de ella, para el que aporta los medios económicos de que tienen que vivir". Dentro de este concepto general de Seguridad Social, compendia Jordana de Pozas, según la terminología española:

a)—La Beneficencia,
b)—La Sanidad,
c)—La Vivienda,
d)—Política del empleo, y
e)—Los Seguros Sociales.

Nos parece que este concepto resulta excesivamente amplio y que de admitirlo, incluiríamos en él, por lo que se refiere a España, todo el contenido del actual Ministerio del Trabajo, y aun de otros Ministerios, absorbiendo, por consiguiente, la política social íntegra del Estado. De esta manera intentamos decir tanto con la denominación de "Seguridad Social", que no llegamos a decir nada más que un simple deseo, un ideal, un programa.

Si nos dejamos llevar de este criterio inflacionista, llegaremos al extremo de considerar todo acto humano como directa o indirectamente afectado de un concepto o idea de lo social y, por consiguiente, de seguridad del mismo, incluído, por tanto, en la SEGURIDAD SOCIAL, con mayúsculas.

Toda la actividad propia de una nación, con este criterio, podría quedar incluída, pero para dar eficacia a su labor y organizar su desenvolvimiento conviene, y hasta se necesita, concretar y limitar más lo que debe entenderse por Seguridad Social y su forma más práctica de llevarlo a término.

A nuestro modo de ver, esta idea cubre solamente un riesgo económico, o sea, que de una u otra manera sea valorable en la moneda nacional de cada país, pero sin que de ninguna forma le pueda competir siempre, y exclusivamente, al organismo enclavado en la Seguridad Social el velar y promover oficialmente una lucha contra las causas que motivan estos riesgos en actividad. Sin embargo, puede y debe cooperar y cola-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

borar con el organismo del Estado encargado para ello: así, con la Dirección General de Sanidad para combatir epidemias o campañas médicas en defensa de la salud (lucha antiberculosa, anticancerosa, antivenérea, etc.); con el Ministerio de Obras Públicas para financiar determinadas inversiones en grandes obras nacionales, para combatir o reajustar el paro obrero involuntario; para intentar resolver el problema de la vivienda, de acuerdo con el organismo oficial encargado por el Estado para este menester; la misma campaña de prevención de accidentes del trabajo no está muy claro que le corresponda exclusivamente, aun cuando sí debe colaborar en ella; etc.

Es decir, que a la Seguridad Social le compete preferentemente la responsabilidad del riesgo económico, y como extensión la organización de algunos servicios públicos para uso y utilidad de aquellos ciudadanos que lo necesiten, principalmente, en caso de enfermedad. Tampoco podremos incluir nunca en la Seguridad Social el servicio educacional, ni el económico-laboral, entre otros.

También está un poco en litigio la idea seguida por la mayoría de las naciones, que exigen para la afiliación en los organismos de Seguridad Social la calidad de trabajador, frente al criterio de muy pocos países, del seguro nacional. Parece lógico exigir esta característica, ya que cada vez es menor el número de personas que no viven de un trabajo, salvo los pensionistas y pasivos, y aquellas otras que pueden convivir con los asegurados trabajadores, las que en determinadas circunstancias deben, igualmente, quedar incluídas, al menos, en el Seguro de Enfermedad, sino tienen otros medios de fortuna que les haga económicamente independientes.

Tal vez parezca que tratamos demasiado ampliamente estos conceptos elementales, pero que son fundamentales y como los cimientos sobre los que ha de elevarse el edificio de la Seguridad Social, lo que entendemos es necesario, ya que una vez conseguido definirla y encuadrar su campo de actividad, lograremos por extensión, de una manera clara y concreta, el campo de actividades que le corresponde al Seguro Privado.

Pero antes hemos de tratar, aunque sea brevemente, de lo concerniente al mutualismo privado y voluntario, como formando parte integrante de la previsión social privada, conjugándose su campo de acción con el del Seguro Privado, y organizándose ambos de forma que su desenvolvimiento no perjudique, sino que complemente las acciones recíprocas de ambas instituciones aseguradoras.

El mutualismo español está desarrollándose con tal rapidez e intensidad, que bien merece alguna atención y preocupación en este trabajo. La ley de diciembre de 1941 y el Reglamento para su aplicación de junio de 1943, han dado cauce legal a su desenvolvimiento en España; sin embargo, bien merece distinguir dentro de este movimiento económico social, entre el mutualismo libre o voluntario y el laboral u obligatorio. Este último, aun reuniendo algunas de las características de aquel, difiere esencialmente, ya que de hecho se trata de verdaderas Cajas profesionales de Seguros Sociales, pero que en España funcionan, al menos hasta ahora, sin la debida protección legislativa, ya que la ley general de Mutualidades de 1941 no es la que mejor las define y segula.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

El verdadero mutualismo al que nos referimos es al tradicional que siempre ha existido en España, pero que en estos últimos años ha experimentado un gran incremento. En él también incluímos a las numerosas y poderosas mutualidades que con tanto éxito funcionan en todos los Ministerios y Organismos públicos, para complementar la previsión oficial de los funcionarios públicos en las llamadas Clases Pasivas del Estado.

Estos diez años de experiencia mutualista vivida con tanta intensidad, han ido acumulando enseñanzas suficientes para realizar un estudio profundo y hasta una revisión de los preceptos legales actualmente en vigor, a través de estas experiencias. Y, sobre todo, habrá que volver a considerar y definir el verdadero sentido social de estas Mutualidades, sobre aquellas en las que predomina una finalidad de tipo económico, que ya por ello las desnaturaliza y convierte en entidades de tipo lucrativo o mercantil.

Todas las ventajas, privilegios y beneficios fiscales que la legislación les concede o pueda concederles el día de mañana, únicamente deben tener aplicación a las mutualidades de tipo social.

Actualmente existe un confusionismo entre ambos tipos de mutualidades que la vigente legislación únicamente distingue por la denominación absurda de "a prima fija" las de tipo mercantil; de serlo efectivamente, no les va muy bien el distintivo de mutualidad, ya que, en último término ,también podemos considerar el principio de mutualidad de asegurados en las compañías mercantiles de seguros.

Entre otros problemas que se les presentan al mutualismo libre o puro y al de "prima fija", existe uno que tal vez pueda considerarse vital, y es el referente al de los plenos y reaseguro. No existiendo de hecho el "reaseguro" entre mutualidades, han de acudir éstas a las Compañías mercantiles, facilitándose así indirectamente la difusión del mutualismo español, y dando plena garantía a la cobertura de los riesgos protegidos por el Seguro de Mutualidades.

Tal vez por este camino del mutualismo más o menos social se le escapen al Estado un buen montón de pesetas en concepto de "impuestos", que hubieran ingresado en sus arcas de haber canalizado sus Seguros a través del Seguro mercantil. Evidentemente que el Mutualismo social tiene perfecto derecho a toda clase de protección y desgravaciones tributarias, pero el mutualismo económico no.

Para tratar de definir los límites del Seguro Social, antes hemos de convenir en los principios y concepción que tenemos sobre la organización política del Estado. Dentro de la orientación moderna por la que camina el mundo de hoy, sin darnos cuenta, avanzamos en la práctica hacia un "socialismo de Estado", y a él le vamos concediendo poco a poco toda clase de poderes y prerrogativas.

La iniciativa privada es el polo opuesto de la teoría socialista, que únicamente admite la iniciativa y empresa de carácter estatal.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Siendo la organización de la producción una función de interés nacional, y el empresario responsable de su dirección ante el Estado (según el Fuero del Trabajo de los españoles), de hecho se convierte la iniciativa, a su vez, en la antítesis de la teoría liberal, que excluye toda ingerencia estatal en los factores inherentes a la producción.

Por lo tanto, no podía faltar en el "Fuero del Trabajo" la declaración que determina que el Estado no será empresario, sino cuando falte la iniciativa privada o lo exijan los intereses superiores de la nación; y la que reconoce a la iniciativa privada como fuente fecunda en la vida económica de la nación.

Estas declaraciones vienen a cerrar el marco señalado en el "Fuero del Trabajo" para el campo de la previsión oficial o estatal, en forma que no deja lugar a dudas, y no tendríamos necesidad de hacer por nuestra parte consideración alguna si no fuese tema este tan debatido universalmente, presentando al Seguro Social en competencia y oposición con el Seguro Privado, cuando el ejercicio de uno y otro es perfectamente conciliable, por completarse ambos y cubrir las exigencias del bien general y particular, según estamos examinando.

Las principales características del Seguro Social oficial o estatal son:

1ª—Obligatoriedad y extensión del campo de su aplicación, tendiendo como límite (ya alcanzado en algunos países) al Seguro Nacional.

2ª—Que cubra una necesidad pública.

3ª—Que garantice riesgos y servicios sociales, reuniendo para ser beneficiarios las condiciones marcadas en la ley.

4ª—Que estos riesgos y servicios sean preferentemente de tipo económico, o al menos valorables económicamente.

5ª—Que la cobertura indemnizable no exceda, en su cuantía, de la precisa para cubrir las necesidades elementales y esenciales del asegurado y su familia.

6ª—Como consecuencia del apartado 1º, que no practique la selección de riesgos.

7ª—Que no precise la práctica del Reaseguro Internacional, aun cuando sostenga relaciones con otros países, para salvaguardar la reciprocidad de derechos de los inmigrantes que van de un país a otro.

8ª—Que la administración del Seguro suponga el mínimo coste posible a la institución estatal o parestatal encargada de su gestión, que no persigue lucro de ninguna clase.

9ª—Que las versiones de sus fondos sociales se hagan teniendo en cuenta las necesidades de la economía nacional y la orientación social propia de esta previsión oficial.

El Seguro Social familiar se encuentra situado dentro de la órbita de la política social básica de todo Estado bien organizado, que en su función paternalista y social ejerce su acción tutelar en todos los ciudadanos, por razones de los riesgos inherentes a su calidad de trabajador.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

En cuanto al Seguro Privado, las características que principalmente le distingue son:

1ª—La libre estipulación o contratación de todos los riesgos previsibles.

2ª—La categoría de riesgos patrimoniales y los de la vida humana, en cuanto sobrepasen estos la protección social tutelar específica de la previsión propia de la Seguridad Social.

3ª—La práctica de la selección de riesgos, necesariamente individualizada.

4ª—Necesaria aplicación de la técnica del Reaseguro internacional.

5ª—La obtención de un legítimo beneficio industrial.

6ª—En el Seguro Privado, todos pueden ser beneficiarios, según su conveniencia, libremente apreciada por su voluntad.

La libre contratación, condición básica del Seguro Privado, permite realizar la selección de riesgos —rehusando o prestando su garantía— con arreglo a las peculiaridades del riesgo en sí, subjetivamente considerado, en la cuantía que le consientan sus posibilidades técnico-financieras, en oposición al Seguro Social, en el que se establece la ecuación fundamental del Seguro, al considerar los valores de percepción de prima y servicio probable de prestaciones, no en forma aislada, sino colectiva; los fuertes pagan por los débiles, los "buenos" riesgos compensan los "malos".

De acuerdo con el Fuero del Trabajo, en otro de cuyos puntos básicos (recogiendo el espíritu de las sabias orientaciones contenidas en el título "Función supletiva del Estado") hace la Encíclica "Quadragessimo Anno" declara: "El Estado reconoce la iniciativa privada como fuente fecunda de la vida económica de la Nación", únicamente sería admisible el acceso del Estado en el campo reservado al Seguro Privado, en el caso de que faltare aquella, creándose así la necesidad pública, aun cuando esta no proviniese de satisfacer la garantía de un riesgo genuinamente social.

A su vez, el Seguro Privado puede llegar, y lo ha realizado, a contratar Seguros sobre riesgos genuinamente sociales de tipo estatal (si bien lo hará dentro de las normas mercantiles), supliendo al Estado cuando éste haya hecho dejación de sus obligaciones sociales. Pero en ninguno de los casos se habrá producido invasión del campo de acción reservado a cada Seguro, sino que se habrá realizado un beneficio social, sin lesión de interés alguno, al actuar recíprocamente en función supletiva.

Por lo que llevamos expuesto, podemos observar que las características son perfectamente definidas y complementarias en el Seguro Social y el Seguro Privado.

"La sociedad, para vivir en plena normalidad, necesita que todos los individuos tengan cubiertos sus riesgos. Este es uno de los aspectos fundamentales de la plenitud del orden social que puede hacer feliz a un pueblo. Todos necesitan del Seguro, y esta necesidad bien puede ser llamada necesidad social. Al satisfacerla, las instituciones del Seguro Privado tienen y realizan una función social. Y las entidades de seguros so-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ciales realizan esa función como un servicio social. Pero unas y otras, cada una a su modo, realizan una misión equivalente y tienen la misma esencia, aunque con encarnaciones de naturaleza distinta, pero siendo el Privado una industria y el Social un servicio" (Inocencio Jiménez).

Tratando de este tema, afirma Ramela que el Seguro Social tiene por fin el bienestar general del pueblo, en tanto que el privado, el interés particular del asegurado y de la Compañía.

Y sobre la diferencia de ambos seguros, en general, y como fenómeno de masa, dice Inocencio Jiménez "el primero es para las clases acomodadas, y el segundo para las clases asalariadas; en las operaciones del primero no hay más límite que el impuesto por la prudencia de las normas técnicas del mismo, y cuanto mayor sea la cantidad o la renta asegurada, mejor; en las operaciones del segundo, ni la cantidad ni la renta puede pasar de un límite modesto, fijado por los textos legales y calculado como el mínimo para satisfacer necesidades vitales".

Sin embargo, Inocencio Jiménez manifiesta su inquietud sobre las siguientes posibilidades:

Primera.—La de que el fomento de los Seguros Sociales ocasione algún detrimento al Seguro Privado; y

Segunda.—Que el fortalecimiento de aquéllos sea una preparación de lo que se ha llamado la nacionalización del Seguro.

La realidad ha venido a demostrar que, así como la nacionalización del Seguro es una consecuencia ajena al Seguro Social, en cambio parece evidente el notorio prejuicio ocasionado al Seguro Privado, por el progresivo desarrollo del Seguro Social moderno. Resulta ya histórica la frase de Manes de que el Seguro Privado ha dado un avance enorme desde la implantación de las leyes sociales del Seguro. En el seguro sobre la vida humana, la interesante faceta del Seguro popular o de grupos ha desaparecido en la práctica, y el seguro modesto hay que buscarlo en las que el Seguro Social está menos desarrollado por las dificultades que en todas partes presenta el campo para la difusión y desarrollo de la Seguridad Social.

Como consecuencia y conclusión de este ensayo sobre el Seguro Social y el Privado, llegamos a concretar de la siguiente manera la panorámica correspondiente a las relaciones entre las actuaciones económico-sociales de ambos Seguros:

1º—Conveniencia de utilizar las actividades de ambos Seguros "el Privado y el Social", para conseguir un estímulo en su desenvolvimiento y desarrollo, garantizándose así el máximo rendimiento en la gestión y organización de los servicios sociales y en la cobertura de los riesgos que perturban el normal y libre desenvolvimiento de la vida del trabajador en las relaciones humanas.

2º—Considerando que la finalidad de la Seguridad Social no es la socialización de sus medios, sino el conseguir sus benéficos resultados con el mínimo esfuerzo para la economía nacional, se hace necesaria esta colaboración complementaria del Seguro Privado.

3º—Dada la obligación del Estado de proveer las necesidades del bien común, o sea de todos los ciudadanos, y considerando que la organi-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

zación, gestión y administración de la Seguridad Social supone a la Administración Pública cuantiosos desembolsos y desgravaciones tributarias de todo orden, es razonable y justo que en los seguros y servicios sociales tengan aplicación preferente y aun exclusiva aquellas capas sociales más modestas de la sociedad.

4º—Aun en el supuesto de considerarse la máxima amplitud en su campo de aplicación, o sea el Seguro Nacional que abarca a todos los ciudadanos de un país, es universalmente conocido el principio de la limitación de estos seguros y servicios, dentro de los márgenes propios de las necesidades vitales o mínimas de sus beneficiarios, considerando a estos efectos los de un ciudadano de tipo medio o normal; y facilitando así la actuación a las Entidades de seguro y sanitarias de libre y privativo ejercicio, en función complementaria con los Organismos de la Seguridad Social. No hay que olvidar que estas Entidades privadas ayudan y cooperan mediante la aportación de sus impuestos y tributos a la vida hacendística del Estado, e indirectamente a equilibrar y mejorar las subvenciones estatales de la Seguridad Social.

Un criterio diferente al expuesto entendemos sería orientar las funciones del Estado hacia un socialismo estatal, lo que es impropio, e iría en contra de los fundamentos políticos y religiosos de un Estado cristiano, por muy avanzado que se situara en materia social.

Conviene recordar en estos momentos la sabia advertencia que recientemente nos ha hecho Pío XII sobre la deshumanización de los medios empleados por la Seguridad Social; es la despersonalización que se observa en todas estas grandes Instituciones sociales, en que cada asegurado y beneficiario solamente significan un número más en las estadísticas de pagos y servicios prestados por las mismas.

Consideramos como un deber de todos los que colaboramos con nuestro esfuerzo personal en esta clase de actividades, el infundir a nuestro trabajo un espíritu tal de bondad y amor a nuestros semejantes, que lleguemos a humanizarlo, convirtiéndonos en apóstoles sociales, y caldeando con un sincero amor cristiano estas relaciones, siempre demasiado frías y secas, de una Seguridad Social oficial y estatal.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

FE DE ERRATAS DEL NUMERO ANTERIOR

Cumpliendo una obligación de nuestra parte, damos a conocimiento de nuestros lectores, que al publicarse el trabajo del Profesor J. Gonzáles Galé titulado "Financiación de los seguros sociales a largo plazo", en el Nº 2, año VIII de nuestra Revista, que corresponde al trimestre abril - Mayo - junio de 1953, se ha incurrido en algunos errores tipográficos que rectificamos por la presente:

1º—En las páginas 7/8 al insertarse un cuadro referente a índices de salarios en diversos países, se ha colocado un punto decimal en cada índice; punto que altera totalmente los conceptos.

En consecuencia, la integridad de las cifras mencionadas en dicho cuadro deben leerse sin punto decimal alguno.

2º—En la página 8, línea 19 dice "una de cuyas escuelas"; y debe decir "una de cuyas scouelas".

Dejamos así rectificado el error aludido.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Boletín Institucional

MEMORIA 1952

Se encuentra en circulación la Undécima Memoria de la Caja correspondiente al año 1952, de la que extraemos la siguiente información:

Seguro de Enfermedad-Maternidad

El gasto total de este riesgo ascendió el año último a S/. 72'578,740.26, cuya distribución por partidas es la siguiente:

Personal	S/.	23'275,880.86
Servicio	,,	797,462.34
Consumo de Materiales	,,	2'310,834.28
Conservación y Repuestos	,,	943,926.61
Movilidad	,,	985,137.62
Subsidios	,,	21'654,294.62
Consumo Medicinas y Víveres	,,	19'138,122.41
Asistencia Social	,,	1'477,845.25
Varios	,,	1'995,236.27
TOTAL	S/.	72'578,740.26

Los ingresos aplicables a este rubro, sumaron S/. 72'640,462.87 comprendiendo el aporte especial del Riesgo de Invalidez por S/. 10'222,182.69 y el sobrante transferido de los gastos de administración por S/. 2'336,780.94.

El volumen de atenciones a cargo de nuestros hospitales registró los siguientes totales:

Nuevos pacientes admitidos	97,290
Hospitalizados	26,492
Altas de Hospitalizados	25,879

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Estancias producidas	557,430
Consultas atendidas (Consultorios Externos)	830,099
Intervenciones quirúrgicas	10,725
Laboratorios clínicos: Análisis	346,987
Radiografías	40,053
Radioscopías	20,847
Roentgenterapia	2,961
Roentgenfotografía	40,812
Fisioterapia	36,316
Servicio Médico Rural (Visitas)	226,514
Servicio Médico Domiciliario (Visitas)	33,246
Fórmulas preparadas	1'749,088
Inyectables despachados	1'973,666

El número de trabajadores asegurados contra éste y los otros riesgos fué de 321,575 y el total de camas propias de los hospitales de la Caja, de 2,098.

Invalidez.—Los ingresos aplicables a este riesgo, alcanzaron S/. 20'494,155.34, habiendo sumado las obligaciones del mismo S/. 11'493,582.96, comprendiendo S/. 771,400.27 por pensiones; S/. 500,000.00 como aporte a la Campaña Antimalárica y S/. 10'222,182.69 como contribución al seguro de enfermedad, en relación con el tratamiento de enfermedad prolongada a que se contrae el acuerdo del Consejo Directivo de 20 de octubre de 1949.

Vejez.—La dotación total de este riesgo alcanzó S/. 18'710,261.62 sumando sus obligaciones por pensiones S/. 802,314.41.

Muerte.—Los gastos por asignaciones de funeral totalizaron S/. 631,948.00 y los de Capital de defunción S/. 671,282.78.

Ingresos y gastos de administración.—Los ingresos totales para gastos de administración ascienden a S/. 12'817,541.10. Cubiertos los gastos ordinarios de esta cuenta y aplicado al seguro de enfermedad-maternidad un aporte de S/. 2'336,780.94, quedó un saldo de S/. 1'604,885.97.

Análisis de ingresos y egresos durante el año 1952.—En el cuadro que se inserta a continuación, se han distribuído los ingresos totales de la Caja, según los aportes del Estado, Patronos y Obreros. Los egresos se han consignado según los cuatro riesgos, así como los gastos de adfinistración y el saldo para reservas. En el rubro "Otros gastos" han sido consideradas la subvención para la Campaña Antimalárica que se otorga de conformidad con el artículo 14º inciso c) de la Ley 8509 (S/. 500,000.00); la provisión para siniestro de incendio (S/. 250,000.00) y la provisión para siniestro de vehículos (S/. 14,590.00) que hacen un total de S/. 764,590.00:

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

EN MILLONES DE SOLES ORO

INGRESOS			GASTOS		
Aporte del Estado	18,7	15,9%	Riesgo de Enfermedad - maternidad	74,3	63,2%
Cuotas Patronos	56,0	47,6%			
Cuotas Obreros	28,0	23,8%			
Impuesto Cancelaciones	10,0	8,5%	Riesgos de Invalidez	0,8	0,7%
Impuesto Alcohol	0,5	0,4%	Riesgo de Vejez	0,8	0,7%
Impuesto Tabaco	2,0	1,7%	Riesgo de Muerte	0,7	0,6%
Intereses	0,7	0,6%	Administración	8,6	7,3%
Hospitalización no asegurados y varios	1,3	1,1%	Reservas del Ejercicio	30,0	25,5%
			Otros gastos	0,8	0,7%
Multas y otros ingresos	0,4	0,4%	Saldo del ejercicio	1,6	1,3%
	117,6	100%		117,6	100%

El análisis de estos rubros pone de manifiesto que durante el año 1952, las cuotas patronales han significado casi la mitad de los ingresos del seguro, y las de los asegurados prácticamente la cuarta parte.

De los ingresos por impuestos, el de las cancelaciones equivalente a S/. 10'000,000.00 ha representado el 8.5% de los ingresos generales y el 67% de los recursos, abstracción hecha de las cuotas patronales, obreras y del Estado. Debe aclararse también, que en lo que se refiere al rubro de "Hospitalización no asegurados" corresponde a los pagos efectuados por las personas que hacen uso de los servicios asistenciales de la Caja, a los cuales se atiende por razones de humanidad. Con referencia a gastos, el riesgo de enfermedad-maternidad, insume aproximadamente las dos terceras partes del total de los recursos del seguro, mientras que los otros riesgos en conjunto, sólo llegan al dos por ciento en total.

AMPLIACION DE LA ESCALA DE CATEGORIAS DE SALARIOS

Con fecha 7 de agosto último, el Poder Ejecutivo ha expedido el Decreto Supremo Nº 117 "S. P." por el que se amplía en tres nuevas categorías, la Escala de contribuciones prevista por el artículo segundo del Decreto Ley Nº 11321, de 24 de marzo de 1950.

La medida propuesta se fundamentaba en los siguientes hechos: la mayor de las diez categorías utilizables en nuestro sistema, correspondía a un término medio de S/. 156.00, como salario semanal, e incluye a todos los asegurados con salario superior a S/. 138.00, que es el límite inferior de la categoría. De modo que muchos obreros cuyo salario diario es de S/. 20.00 y aún menor, pertenecían a ella.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Ya en 1950, que el fué el año de promulgación del Decreto Ley mencionado, los asegurados agrupados en la décima categoría constituían el 10.74% del total de afiliados, porcentaje que en 1951, ascendió a 12.20% y el año último a 14.37%, pudiendo afirmarse, que a la fecha de la propuesta formulada por la Caja y como consecuencia de los continuos aumentos de salarios, derivados del fenómeno mundial de elevación del coste de vida y depresión monetaria, aquel límite inferior de S/. 138.00 semanal, quedaba muy por debajo del que corresponde a una máxima categoría de salarios.

La ampliación sancionada, al fijar el límite inferior de la 13ª categoría en S/. 260.00 y el superior en S/. 312.00, con un término medio de S/. 286.00, permite recaudar contribuciones y otorgar beneficios en numerario, con ajuste muy aproximado a los ingresos del asegurado.

La reforma aprobada, entrará en vigencia en el mes de enero de 1954.

He aquí el texto de la citada disposición:

"El Presidente de la República, —Visto el oficio número 154 de la Caja Nacional de Seguro Social, en que se propone el aumento de categorías de salarios para los efectos de la cobranza de cuotas patronales y obreras destinadas al financiamiento del Seguro Social Obrero; —Considerando: —Que es efectivo que los salarios han aumentado desde que se dictó la Ley Nº 11321 de 24 de marzo de 1950; —Que fijando la escala actual de categorías de salarios el máximo de S/. 173.00 semanales, cuando los salarios exceden de este límite, la cuota no corresponde al salario efectivo, hecho que perjudica al Seguro Social y al Obrero que en caso de demandar prestaciones en dinero, recibe un subsidio inferior al que debería corresponderle sobre el salario real que gana; —En uso de la autorización concedida por el Poder Ejecutivo por el Art. 3º de la Ley Nº 11321; —DECRETA:— 1.—Auméntase en tres categorías la escala de salarios que fija el Art. 2º de la Ley Nº 11321.— 2.—Las tres nuevas categorías serán las siguientes:

Categ.	Salario Semanal	Término medio	6%	3%	9%
11ª	de S/. 174.00 a S/. 213.99	S/. 194.00	11.64	5.82	17.46
12ª	de „ 214.00 „ „ 259.99	„ 237.00	14.22	7.11	21.33
13ª	de „ 260.00 „ „ 312.00	„ 286.00	17.16	8.58	25.74

"3.—La cobranza de las cuotas correspondientes a las tres nuevas categorías se iniciará el 4 de enero de 1954.—Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los siete días del mes de agosto de mil novecientos cincuenti-trés.—MANUEL A. ODRIA.—Luis N. Sáenz.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

MOVIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE AFILIADOS AL 30 DE AGOSTO DE 1953

Durante el período mencionado, han sido extendidos 13,832 duplicados de libretas de cotizaciones de todos los asegurados del país, habiéndose canjeado 279,801 libretas.

En cuanto a nuevas inscripciones, se han registrado como asegurados obligatorios 53,594 trabajadores y reinscrito a 43 inválidos recuperados. En el seguro facultativo se inscribió a 14 servidores domésticos y a 29 mayores de 60 años en su seguro especial.

Se ha cancelado la inscripción en el seguro obligatorio de 718 trabajadores fallecidos; 160 inválidos y 680 por haber llegado a la edad límite de 60 años.

Igualmente se ha tramitado reintegros en estampillas y en efectivo por cuotas del 5% y del 9%.

Los reintegros en estampillas por concepto del 5% alcanzaron a S/. 79,971.40 y los del 9% a S/. 2'445,065.46.

Los reintegros en efectivo ascendieron a S/. 118,947.89 los del 5% y los del 9% a S/. 4'894,051.85.

Se han controlado pagos a los patronos poseedores de máquinas "Hasler" por un monto de S/. 5'410,593.79.

Por último, los pagos de la cotización del 6% para el seguro facultativo de los mayores de 60 años de edad, tramitados por el Departamento de Afiliados, en el período aludido, ascendieron a S/. 53,821.91.

ASEGURADOS ACTIVOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 1952

Por el cuadro que a continuación se inserta, se constata que el número de asegurados activos, es decir cotizantes, existentes al 31 de diciembre de 1952, en las distintas zonas donde funcionaban, a esa fecha, servicios asistenciales del Seguro Social Obrero, ascendía a 321,575.

La cifra indicada, representa un sensible aumento de 15,756 afiliados, en relación con la fijada para 1951 que era de 305,819 y resulta aumentada en 40,799 si se compara con la que se dá para el año 1950, que es de 280,776.

Del mismo documento se desprende que la zona de mayor población afecta es la de Lima con 157,741 en 1952, siguiéndole Lambayeque con 30,927.

Número de asegurados activos, por zonas y años

	1950	1951	1952
Arequipa	14,836	16,821	16,384
Callao	13,042	14,987	15,520
Cañete	9,271	10,138	12,271
Chancay	21,268	21,986	23,592

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Chincha	9,709	9,914	9,831
Ica	11,316	12,883	13,926
Lambayeque	32,109	31,468	30,927
Lima	144,836	148,877	157,741
Pisco	6,142	6,150	6,831
Piura	—.—	5,735	9,191
Trujillo (x)	18,247	26,860	25,361
TOTAL	280,776	305,819	321,575

(x) Los servicios del Seguro se prestaban anteriormente sólo a los obreros del valle de Chicama. A partir de mayo de 1951 han sido extendidos a toda la provincia de Trujillo.

BECARIO DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR

De conformidad con el ofrecimiento hecho por el Gobierno del Perú al de la República de El Salvador, sobre otorgamiento de becas para que nacionales de ese país, pudieran seguir en el nuestro, estudios de formación o perfeccionamiento técnico profesional, llegó en el mes de julio último el señor Adán Pocasangre López, funcionario del Instituto Salvadoreño de Seguro Social, quien está efectuando en nuestro país estudios sobre los seguros sociales por un período de seis meses.

CURSO DE PERFECCIONAMIENTO PARA ANESTESISTAS

El Consejo Directivo de la Institución, en su sesión celebrada con fecha 21 de julio del año en curso, aprobó, a propuesta de la Superintendencia General de Hospitales, la contratación por un período de 4 meses, del Dr. Peter Safer, Jefe del Servicio de Anestesia en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, para que dicte un curso de perfeccionamiento en el Hospital Obrero de Lima.

VIAJE DEL DIRECTOR-GERENTE DE LA CAJA

Con fecha 23 de agosto último, el señor Ernesto Zapata Ballón, Director-Gerente de la Caja, emprendió viaje a Europa para asistir, en representación de la Institución, a la XI Asamblea General de la Asociación Internacional de Seguridad Social, que se realizará en París, del 7 al 11 de setiembre en curso. El señor Zapata aprovechará su estada en Europa para visitar los más importantes Organismos de Seguridad Social.

PRESTAMOS ACORDADOS POR EL COMITE EJECUTIVO DE INVERSION DEL FONDO DE EMPLEADOS

De conformidad con la Resolución correspondiente del Consejo Directivo de la Institución, se ha continuado otorgando préstamos a los funcionarios de la Caja, para la adquisición de su vivienda propia.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

En esa virtud, entre el 20 de febrero y 17 de setiembre del año en curso, se han asignado cantidades que alcanzan a un total de S/. 1'879,338.43 y que agregados a los S/. 2'895,261.08 acordados al 20 de febrero hacen un monto total de S/. 4'774,599.51.

A continuación se dá la relación de los servidores beneficiados, en el período mencionado, con las cantidades que se indican:

Fecha de la Sesión	Nombre del Funcionario	Monto del Préstamo
14-4-53	Dr. Uldarico Gonzáles	S/. 123,000.00
14-4-53	Sr. Hernán López Raygada	,, 58,800.00
14-4-53	Sr. Juan Esquerre E.	,, 41,500.00
14-4-53	Srta. Carmen Heredia Albán	,, 39,000.00
14-4-53	Dr. Gilberto Barrantes	,, 82,000.00
14-4-53	Dr. René Obando	,, 160,000.00
14-4-53	Sr. Ernesto Puertas	,, 51,000.00
14-4-53	Sr. Elías Echevarría	,, 19,440.00
28-5-53	Sra. Esther Ferreyra de Gamarra	,, 31,000.00
28-5-53	Sr. Arcadio Orrego Saldaña	,, 30,000.00
28-5-53	Sr. Alvaro Livoni (ampliación)	,, 12,000.00
28-5-53	Sr. Alejandro Herrera	,, 82,500.00
28-5-53	Sr. Joaquín Bravo Pinto	,, 57,000.00
28-5-53	Sra. Eva Gamarra de Portocarrero	,, 28,500.00
28-5-53	Srta. Margarita Gamarra	,, 28,500.00
28-5-53	Dr. Juan Manrique	,, 62,000.00
28-5-53	Sr. Néstor Milón por (cuenta del préstamo total de S/. 123,000.00)	,, 38,268.00
9-7-53	Srta. María Iturrizaga Colareta	,, 45,420.00
9-7-53	Dr. Enrique Vallejos Paulet	,, 80,000.00
9-7-53	Dr. Julio Granados Astuyauri	,, 120,000.00
9-7-53	Dr. Luis Vinatea Montenegro	,, 49,500.00
9-7-53	Ing. Luis Villagarcía Blondet	,, 31,000.00
9-7-53	Sr. Carlos Benavides Freundt	,, 60,000.00
9-7-53	Sr. Sabino Alzamora del Solar	,, 53,000.00
9-7-53	Sr. Silvio Buendía Céspedes	,, 11,500.00
9-7-53	Sr. Carlos Chau Wong (por cuenta del préstamo total de S/. 86,650.00)	,, 46,200.00
17-9-53	Dr. Carlos Vargas Liendo	,, 82,583.43
17-9-53	Sr. Luis Llosa Tapia	,, 33,000.00
17-9-53	Dr. Manuel de la Flor Herrera	,, 60,000.00
17-9-53	Ing. Enrique Rivero Tremouille	,, 60,000.00
17-9-53	Sr. David Echegaray Ferrándiz	,, 113,400.00
17-9-53	Sra. Enriqueta García Calderón	,, 39,227.00
17-9-53	Sr. Julio Enrique Cáceres	,, 20,000.00
17-9-53	Sra. Carmen Zúñiga Villalobos	,, 30,000.00

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

PATRIMONIO NOSOCOMIAL DE LA CAJA

En la actualidad, la Institución tiene en servicio los establecimientos hospitalarios siguientes, cuyas fechas de inauguración y número de camas, se reseñan a continuación:

Nosocomios	Nº de camas	Fecha de inauguración
Hospital Obrero de Lima	850	2- 2-1941
Policlínico Obrero del Callao	15	2- 2-1941
Hospital Obrero de Ica	129	2- 2-1941
Hospital Obrero de Huacho	90	30-11-1941
Hospital Obrero de Chiclayo	173	27-12-1942
Hospital Obrero de Chocope	111	5- 3-1944
Hospital Obrero de Pisco	—	5- 6-1944
Hospital Obrero de Arequipa	135	11-11-1944
Hospital Obrero de Chincha	98	13-10-1946
Hospital Obrero de Cañete	93	19- 7-1948
Hospital Obrero de Trujillo	88	22-1-1951
Hospital Obrero de Piura	133	3- 9-1951
Hospital Obrero de La Oroya	183	8- 6-1953
Policlínico Obrero de La Oroya	—	8- 6-1953

PATRONOS REGISTRADOS EN LIMA

AGRICULTURA (rural)	783
COMERCIO-MAYORISTA-MINORISTA	3,947
MANUFACTURAS-TALLERES-REPARACION	6,518
CONSTRUCCIONES (edificación)	1,687
	12,935

PATRONOS REGISTRADOS EN PROVINCIAS

ZONAS	URBANO	RURAL	TOTALES
PIURA	460	170	630
CHICLAYO	1,330	1,550	2,880

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

CHOCOPE	590	140	730
TRUJILLO	120	140	260
HUACHO	502	300	802
BARRANCA	230	180	410
HUARAL	250	450	700
CALLAO	1,139	238	1,377
YAULI	142	60	202
CHINCHA	280	450	730
CAÑETE	270	220	490
PISCO	330	290	620
ICA	770	550	1,320
AREQUIPA	1,960	270	2,230
TOTALES	8,373	5,008	13,381

CUADRO COMPARATIVO DE SUBSIDIOS PAGADOS DESDE EL AÑO 1949 a 1952, POR LOS RIESGOS DE ENFERMEDAD, MATERNIDAD (PRE Y POSTNATAL), LACTANCIA Y TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL OBRERO DE LIMA Y PORCENTAJE DE AUMENTO

	1949	1950	1951	1952
Enfermedad	1'784,807.83	5'044,905.39	6'627,812.85	7'047,370.57
Maternidad Prenatal	133,367.47	300,202.67	507,831.30	610,743.30
Maternidad Postnatal	156,676.81	305,061.12	538,826.25	662,716.00
Lactancia	445,716.91	630,962.51	1'269,165.55	1'586,249.82
Tuberculosis	—.—	—.—	4'168,353.93	5'000,081.08
	2'520,569.02	6'281,131.69	13'111,989.88	14'907,160.77

PORCENTAJE DE AUMENTO DESDE 1950

	1950	1951	1952
Enfermedad	182.66%	271.35%	294.85%
Maternidad Prenatal	125.09%	280.78%	357.94%
Maternidad Postnatal	94.71%	243.91%	322.98%
Lactancia	41.56%	184.75%	255.89%
Tuberculosis	—.—	—.—	—.—
	149.19%	420.20%	491.42%

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Información Nacional

MENSAJE PRESIDENCIAL

El señor Presidente Constitucional de la República, General de División don Manuel A. Odría, al concurrir en el día de la Patria al Congreso Nacional, leyó ante el mismo, un extenso y bien documento Mensaje dando cuenta de la marcha de la Administración Pública al cumplirse el tercer año de su Gobierno Constitucional, exponiendo la labor cumplida, las obras públicas realizadas en todo el territorio nacional y el programa de acción que con acelerado ritmo desarrolla el Régimen y que están llevando al Perú a un grado de progreso insospechado, que merece el elogio de propios y extraños, muy en especial, en lo referente a la situación económica y financiera del país, que ha sido posible lograr gracias a una política sensata y austera basada en la realidad y en las leyes que rigen la economía y las finanzas.

Por otro lado, como lo hace notar el Primer Mandatario, "el orden y tranquilidad que han imperado en la República, han permitido al Gobierno entregarse por completo a la tarea de desarrollar el programa de acción que enunciara al asumir la Presidencia Constitucional de la República".

El progreso ha sido evidente en la agricultura, en la minería, en las industrias, en el comercio y en todas las instituciones, muy en especial, en las que guardan relación con la salud pública, previsión y asistencia social, a las que se ha otorgado un gran impulso.

Cuanto se relaciona con éstas, el señor Presidente hace referencia en su Mensaje, que constituyendo preocupación constante de su Gobierno la salud, y con objeto de salvar la deficiencia de las viviendas de los trabajadores que contribuye a la propagación de las enfermedades y disminuye la capacidad de trabajo con grave perjuicio de la economía nacional, se dictó la ley 11672 que ha creado los fondos necesarios para hacer frente a estos graves problemas y tratar de solucionarlos llevando a cabo

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

construcciones masivas de casas-habitación, subvencionando y levantando hospitales, ayudando económicamente a las Beneficencias y a todos los centros de asistencia social, para que aumenten su capacidad en beneficio de la salud pública. Consigna el Gobernante, que esta ley está respondiendo a sus fines y atiende oportunamente, bajo el control de su Consejo Superior, las demandas de los servicios sanitarios y asistenciales de la República.

En cuanto al Plan Nacional de la Vivienda, se encuentra en pleno desarrollo, edificándose en Lima, dos Unidades Vecinales y tres Agrupamientos con un total de 3,600 departamentos a un costo estimado en 170 millones de soles oro. La primera parte de las dos Unidades Vecinales, será inaugurada en el mes de octubre y los Agrupamientos a comienzo del año próximo.

Se está desarrollando un plan de construcción de casas de tipo económico, con un costo aproximado de 15 mil soles oro por unidad, para venderlas a los trabajadores, quienes abonarán su valor en un plazo de 15 años. Esta clase de construcciones, que constituye un interesante ensayo, se ha iniciado en la zona del Puente del Ejército en Lima, y en la "Casa Rosada" en Arequipa, cuyas condiciones deplorables de salubridad han requerido solución urgente.

Hace notar el Primer Mandatario en su Mensaje, que cumpliendo su plan de construcciones hospitalarias, dada la deficiencia en número y capacidad de las existentes, el Gobierno, con fondos provenientes de la ley 11672, está levantando el Hospital de Tacna, con capacidad para 200 camas y a un costo de 30 millones de soles oro; el Hospital para Tuberculosos de Arequipa con 800 camas; la Clínica de la Maternidad en el Hospital de Piura; la ampliación del Sanatorio Infantil de Collique y el Hospital de Chota, a un costo de 180 millones.

Da cuenta el Gobernante también, que el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, respalda financieramente las campañas de salubridad en toda la República, habiendo contribuído para este objeto con la suma de 10 millones 910 mil 364 soles 25 centavos, que ha permitido el desarrollo de los planes sanitarios, aprobados para el presente año, concurriendo, oportunamente con la parte que le corresponde sufragar al Estado, en los programas correspondientes a los Convenios Internacionales de Socorro a la Infancia, con la Organización Mundial de la Salud y con el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.

En lo que se refiere al binomio madre-hijo de las clases más necesitadas, el Gobierno, a través de su Departamento Materno Infantil, le ha prestado y presta todo su apoyo médico-social. A tal objeto funcionan en el país 89 dependencias de este Departamento que dan asistencia médico-social a la madre gestante y al niño en sus etapas de recién nacido, lactante y pre-escolar.

En el presente año se han efectuado 398,456 consultas, distribuyéndose 628,458 litros de leche, comprobándose que como resultado de este incremento asistencial, el índice de mortalidad infantil fué sólo de 9%.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

INFORMACIONES SOCIALES

El programa de asistencia a la madre y el niño en el área Lima - Pativilca - Huaraz - Huaylas, en cooperación con el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia, ha permitido ampliar las actividades en las clínicas rurales de varias poblaciones de la zona, en las cuales se registra un promedio de asistencia diaria de mil madres y lactantes, pre-escolares y escolares, quienes obtienen raciones de leche en 50 centros de distribución.

Los progresos de la medicina preventiva han hecho indispensable la especialización del personal profesional y la selección y preparación del personal técnico auxiliar; habiéndose organizado cursillos para enfermeras, inspectores sanitarios e inmunizadores, y se está preparando programas para técnicos de laboratorio y oficiales de estadística.

Las sociedades de Beneficencia Pública de todo el país, han recibido ayuda del Gobierno, para cubrir sus presupuestos deficitarios, y se estudia el grave problema económico de estas entidades, debido al creciente desarrollo de la población de nuestras principales ciudades.

En lo que relaciona con el seguro social, puntualizó el señor Presidente: "El Seguro Social, a través de sus dos ramas, la del Obrero y la del Empleado, continúa haciendo las prestaciones y desarrollando los servicios para los que fué creado".

De la valiosa labor asistencial cumplida por los hospitales y policlínicos que tiene en funcionamiento el seguro social obrero, da muestra el monto de las prestaciones en especie y los subsidios de enfermedad, maternidad y lactancia, pagados en 1952, que totalizan por ambos conceptos 72 millones 578 mil 740 soles y 26 centavos, correspondiendo 19 millones 15 mil 243 soles 87 centavos a la asistencia hospitalaria y 23 millones 563 mil 496 soles 39 centavos a los subsidios. Están comprendidos en estas cifras los subsidios pagados a los enfermos tuberculosos, con un total de 8 millones 409 mil 516 soles 79 centavos.

Se refiere luego el Gobernante a que el Seguro Social ha contribuído con la suma de 500 mil soles en 1952 a los gastos de la campaña antimalárica; ha pagado 771 mil 400 soles 27 centavos de pensiones de invalidez; 631 mil 948 soles para gastos de funerales; 671 mil 282 soles 78 centavos por capital de defunción y 802 mil 314 soles 41 centavos por pensiones de vejez.

Han sido inaugurados en junio el Hospital Obrero de La Oroya y un Policlínico en la misma ciudad, obras que tienen un costo superior a 10 millones 600 mil soles incluyendo equipos; y se ha iniciado la construcción del Hospital de Cerro de Pasco y las obras de terminación del de Huariaca para completar la red hospitalaria en la región minera más importante del país.

Durante el año 1952, se han efectuado obras de ampliación en los hospitales y policlínicos de Piura, Pisco e Ica, y se ha instalado cámaras frigoríficas en los hospitales de Cañete, Chincha, Chocope e Ica.

Por último, refiriéndose al Seguro Social del Empleado, manifiesta el Primer Mandatario que éste ha continuado prestando a sus afiliados

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

de toda la República, que llegan a 190 mil, la asistencia que les corresponde, dentro del régimen de prestaciones provisionales que estableció la ley 10941 y desarrollando el programa de construcciones hospitalarias conforme a lo previsto en la ley Nº 10902 de su creación.

El Gobierno, juzgando que había llegado la oportunidad prevista en las leyes 10902 y 10941 para establecer la administración propia del Seguro Social del Empleado, expidió el 18 de octubre de 1952 el Decreto Supremo estableciendo su autonomía administrativa.

Manifiesta también en su Mensaje el General Odría, que la obra del Hospital Central de Empleados, se encuentra muy avanzada, habiéndose adelantado el programa en más de dos meses, encontrándose ya terminadas las estructuras del pabellón de enfermeras, los laboratorios, consultorios externos, almacenes generales y pistas de acceso.

Las obras de los Hospitales Regionales de Arequipa y Chiclayo se continúan desarrollando de acuerdo al programa trazado habiéndose construído en ambos, la totalidad de las estructuras de los edificios destinados a servicios auxiliares, laboratorios, consultorios, farmacias, talleres y garages, hallándose muy avanzadas las de los edificios de hospitalización propiamente dichos.

En espera de la conclusión de los nosocomios señalados por su programa, el Seguro del Empleado continúa otorgando las prestaciones que le señala la ley 11241, habiéndose abonado en 1952 las siguientes sumas:

Por asignación de enfermedad:

S/o. 11'912,442.96.

Por asignaciones de maternidad de aseguradas y cónyuges de asegurados:

S/o. 4'163,000.00.

Por asignación de muerte:

S/o. 768,970.08.

Cuando se establezca el régimen definitivo del seguro, la asistencia a los empleados de la República, será total en los casos de enfermedad y maternidad; se continuarán otorgando las asignaciones de muerte y se crearán las destinadas a cubrir los riesgos diferidos, esto es, cesantía, jubilación e invalidez.

SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO

Los cuadros que a continuación se incluyen, proporcionados por el Seguro del Empleado, establecen una comparación de ingresos obtenidos por dicha Institución en los años que se indican, así como el monto de las prestaciones abonadas en la República desde el año 1949, al primer semestre del año en curso, e igualmente los gráficos de ingresos y egresos por prestaciones en el primer semestre de los años 1952 y 1953 y de prestaciones provisionales otorgadas en dinero por años y riesgos.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Cuadro comparativo de prestaciones pagadas por años y riesgos en la República

Años	Enfermedad	Maternidad	Muerte	Total
1949	1'425,926.70	148,000.00	159,034.99	1'732,961.69
1950	8'634,364.55	3'005,500.00	627,966.03	12'267,830.58
1951	11'756,284.76	3'851,500.00	696,389.68	16'304,174.44
1952	11'912,442.96	4'163,000.00	768,970.08	16'844,413.04
1953 (1er. Semestre)	6'183,915.30	2'332,000.00	417,226.65	8'933,141.95
TOTAL:	39'912,934.27	13'500,000.00	2'669,587.43	56'083,021.70

Cuadro comparativo de ingresos por los años que se indican

Años	Construcciones	Prestaciones	Total
1949	20'102,789.78	12'016,923.30	32'119,713.08
1950	23'727,020.50	14'835,177.39	38'562,197.89
1951	28'790,968.92	18'381,037.77	47'172,006.69
1952	33'399,534.05	21'344,276.02	54'743,810.07
1953 (x) (1er. Semestre)	17'143,803.93	11'650,961.17	28'794,765.10
TOTAL:	123'164,117.19	78'228,375.65	201'392,492.83

(x) Falta incluir la cantidad de S/. 161,074.75 que está por discriminar.

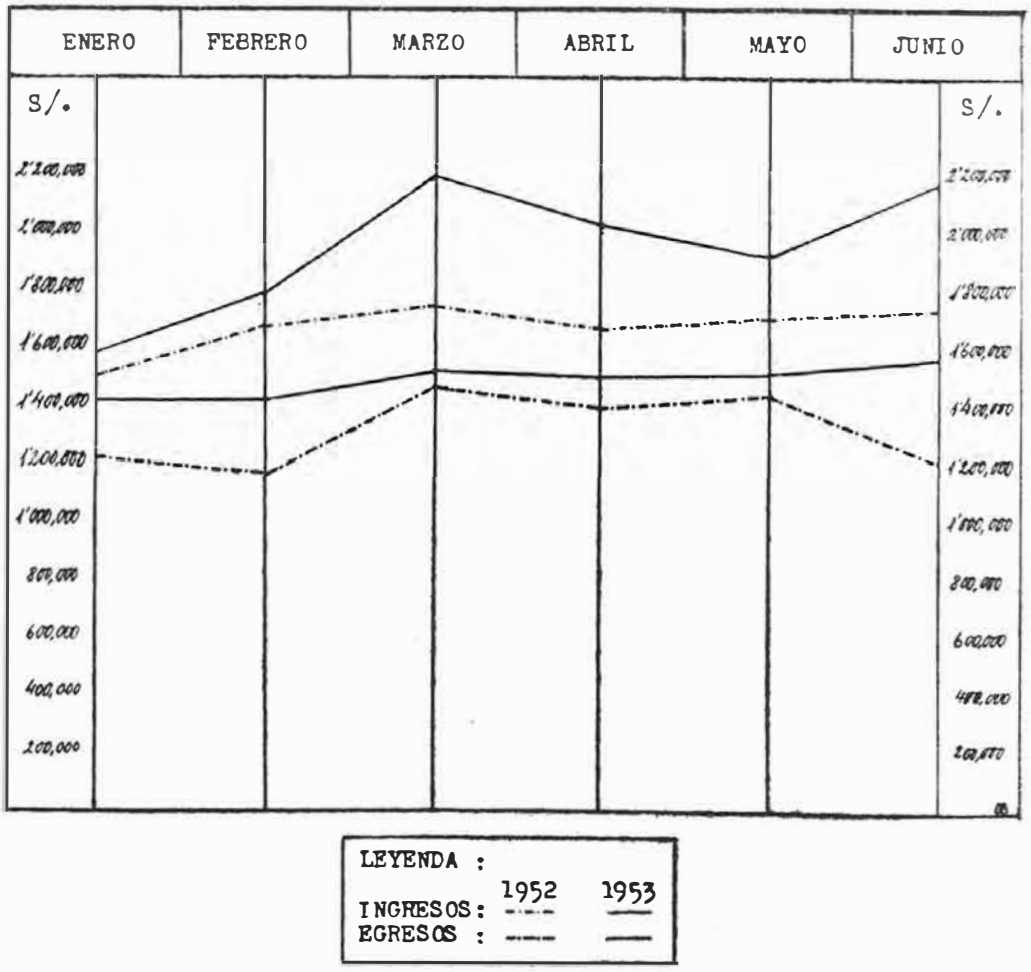
BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

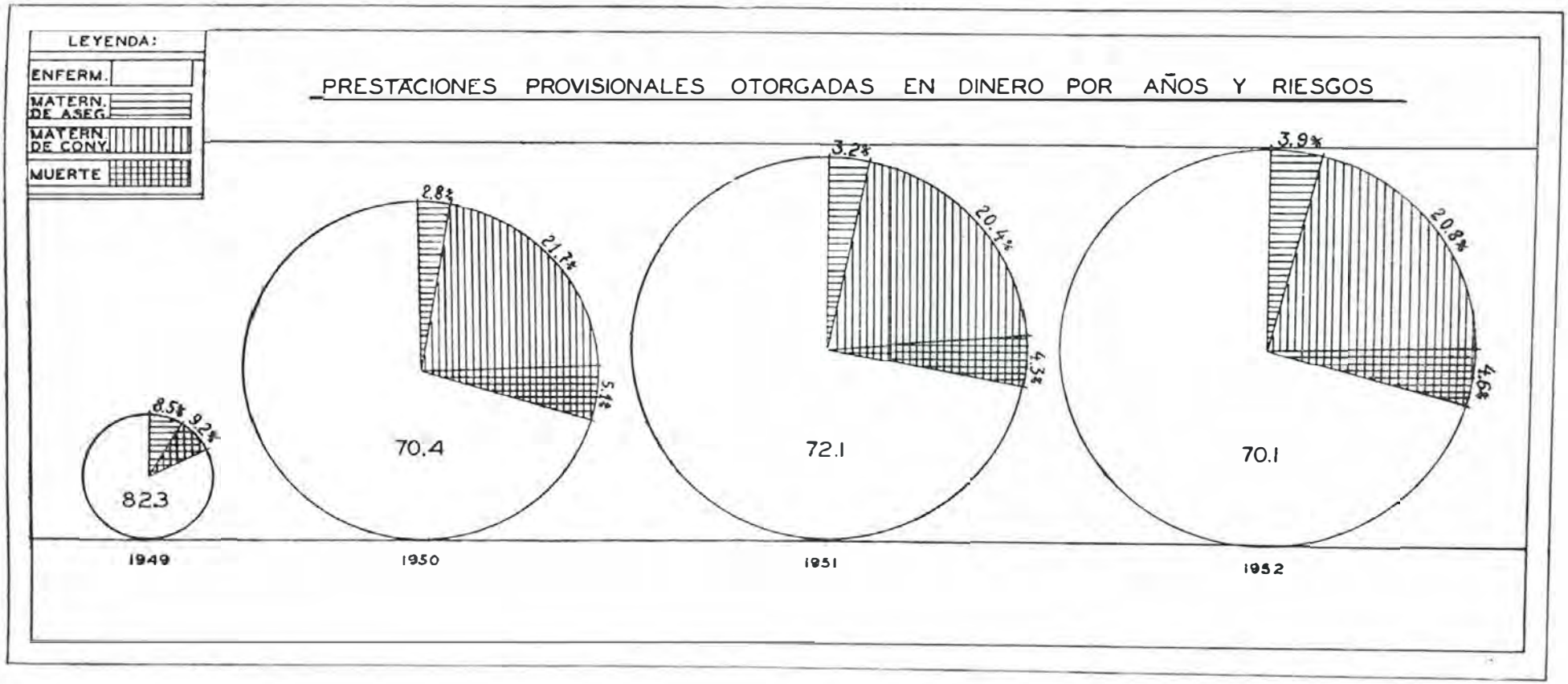
Cuadro de prestaciones provisionales pagadas, por conceptos y años, en la República.

Conceptos	Año 1949	Año 1950	Año 1951	Año 1952	Total
Consultas médicas . . .	575,562.36	2'923,901.42	3'277,222.48	2'421,541.92	9'198,228.18
Hospitalización	316,926.91	1'915,256.63	2'631,786.27	2'800,122.33	7'664,092.14
Atc. quirúrgica	533,437.43	2'166,956.12	2'825,262.06	3'048,215.76	8'573,871.37
Radgr. y Análisis . . .	—.—	989,894.78	1'651,928.95	1'966,506.45	4'608,330.18
Atc. Dental	—.—	577,976.60	1'339,900.00	1'537,441.50	3'455,318.10
Medición de vista . . .	—.—	60,379.00	30,185.00	138,615.00	229,179.00
Enfermedad, Total: . .	1'425,926.70	8'634,364.55	11'756,284.76	11'912,442.96	33'729,018.97
Mater. de Asegda. . . .	148,000.00	343,500.00	529,000.00	656,500.00	1'677,000.00
Mater. de Cónyuge . . .	—.—	2'662,000.00	3'322,500.00	3'506,500.00	9'491,000.00
Maternidad, Total: . . .	148,000.00	3'005,500.00	3'851,500.00	4'163,000.00	11'168,000.00
Muerte	159,034.99	627,966.03	696,389.68	768,970.08	2'252,360.78
TOTAL GENERAL: . .	1'732,961.69	12'267,830.58	16'304,174.44	16'844,413.04	47'149,379.75
Porcentaje	100%	708%	941%	972%	

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

Gráfica de Ingresos y Egresos por Prestaciones, Primer Semestre. Año 1952, 1953




LEYENDA:
ENFERM.
MATERN. DE ASEG.
MATERN. DE CONY.
MUERTE
PRESTACIONES PROVISIONALES OTORGADAS EN DINERO POR AÑOS Y RIESGOS
8.5%
9.2%
82.3
1949
2.8%
21.7%
5.1%
70.4
1950
3.2%
20.4%
4.3%
72.1
1951
3.9%
20.8%
4.9%
70.1
1952

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

CONVENIO DE ASISTENCIA TECNICA, ENTRE EL PERU Y LAS NACIONES UNIDAS

El Gobierno peruano representado por el Ministro de Trabajo y Asuntos Indígenas, General Armando Artola, acaba de suscribir un convenio con las Nacionales Unidas y sus Organismos Especializados, representados por la Oficina Internacional del Trabajo, en virtud del cual recibirá asistencia técnica para llevar adelante el llamado Proyecto Tambopata, que consistirá en la colonización de una vasta y propicia zona de la selva con densos núcleos de población procedentes de la Sierra. Este proyecto que será seguido de otro denominado Muquiyauyu, el cual se ejecutará en 1954, ha merecido preferente atención del Gobierno y constituye un paso más de su política indigenista, así como el cumplimiento de una de las resoluciones del Segundo Congreso Indigenista Interamericano, que se celebró en el Cuzco en 1949.

Como antecedentes de este acuerdo, deben mencionarse que por iniciativa del Gobierno del Perú, en cumplimiento de una de las resoluciones del Congreso Indigenista y de la VII Recomendación formulada por la primera Reunión de Expertos en Trabajo Indígena, visitó el país, a fines de 1952, una misión conjunta de las Naciones Unidas integrada por 12 expertos, la que, en colaboración con las reparticiones correspondientes debería elaborar proyectos-piloto que permitieran al Gobierno llevar adelante su política encaminada a procurar el desarrollo económico, cultural y social de las poblaciones aborígenes.

Ya desde 1949 el Gobierno había iniciado estudios e investigaciones sobre el particular, llegando a la conclusión que el elevado índice de densidad de población andina en algunos sectores del país, determinaba un éxodo desorganizado e incontrolado hacia otras regiones del territorio nacional, el mismo que se operaba en dos formas: una como migración hacia los alrededores de las grandes ciudades, dando lugar al levantamiento de barriadas en las peores condiciones de salubridad, y otra corriente migratoria interna que se orientaba hacia las cabeceras de la región selvícola. Ambos fenómenos se producían dentro de condiciones precarias, sin normas de orientación técnica y con las naturales desventajas derivadas de la falta de dirección, control y apoyo del Estado. Para subsanar estas deficiencias los organismos técnicos del Estado esbozan el proyecto de establecer en las márgenes del Tambopata, una zona propicia de nuestra selva, un gran centro de recepción que permitiera descongestionar los densos núcleos de población de nuestro altiplano y recibir aquellos excedentes, encauzándose todo dentro de las pautas de una verdadera organización técnica.

Este proyecto denominado "Tambopata" ha merecido prioridad y es así como el Gobierno, representado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas, acaba de suscribir con la Organización Internacional del Trabajo un Convenio sobre Asistencia Técnica que permitirá llevarlo adelante.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Como resultado final de este programa, se orientarán las corrientes migratorias internas que siguen produciéndose en forma espontánea y desordenada, se descongestionarán centros densamente poblados, se colonizarán apreciables regiones de nuestra selva y gran cantidad de familias de la región andina dispondrán de nuevas áreas de cultivo, convirtiéndose en factores de producción y de consumo, alcanzando así un notable mejoramiento de su nivel de vida.

El segundo proyecto denominado Muquiyauyu, que se llevará a cabo durante el año 1954, consiste en trasladar elementos de centros menos desarrollados hacia otros que han alcanzado una mayor evolución, donde bajo la dirección de técnicos y especialistas, recibirán en una especie de plantel de enseñanza práctica, los conocimientos esenciales, que les permitirá al retornar a sus núcleos de origen, convertirse en factores de organización y en promotores del progreso en sus respectivas comunidades.

Para este efecto y considerando que la comunidad de indígenas de Muquiyauyu, ha alcanzado un notable grado de evolución socio-económico, es allí donde se proyecta realizar esta interesante y novedosa experiencia, que se basará en una enseñanza objetiva y práctica teniendo además, la ventaja de no desvincular al indígena de sus condiciones ambientales en relación con la tierra, puesto que recibirán sus entrenamientos en lugares semejantes a los de su procedencia.

Esta experiencia permitirá en el futuro, extender el proyecto a otros centros, resolviendo de esta forma un importante aspecto del problema indígena.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS EXISTENTES EN EL PAIS

La Dirección General de Asistencia Social y Hospitalaria tiene registrados a la fecha, 165 hospitales con un total de 17,841 camas cuya distribución es la siguiente:

	Nº Hospitales	Camas
Hospitales a cargo del Estado	21	3,755
A cargo del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública	8	291
Hosp. de la Soc. de Beneficencia	65	8,562
Hosp. de la C. N. S. S.	11	2,098
Hosp. Particulares	55	1,677
Hospitales Psiquiátricos		
A cargo de la Beneficencia de Lima	1	1,381
A cargo de particulares	4	157
TOTAL	165	17,841

La misma Dirección reconoce las siguientes clases de hospitales de acuerdo con la actividad de los mismos.

Hospitales de Tipo General	142
„ „ Tuberculosos	5
„ „ Infecto contagiosos	2
„ „ Maternidad	5
„ „ Enfermedades Neoplásicas	1
„ „ Psiquiátricos	5
„ „ Leprosorios	3
Clínicas de Ortopedia y Traumatología	2
Hospitales para ancianos incurables y débiles mentales	1

LA EPIDEMIOLOGIA EN EL PERU DURANTE LOS SEIS PRIMEROS MESES DE 1953

El cuadro siguiente, muestra el movimiento de las enfermedades epidémicas en el país, durante el primer semestre del presente año:

Enfermedades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total
Tuberculosis	2,004	1,306	1,520	1,386	1,344	1,465	9,025
Paludismo	1,241	1,473	1,600	1,639	1,753	1,587	9,293

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Tos convulsiva . .	1,080	1,069	986	775	742	768	5,420
Disentería	816	678	639	712	1,175	623	4,643
Sífilis	388	356	353	428	426	416	2,367
Tifoidea	376	426	433	428	390	304	2,357
Blenorragia . . .	454	372	351	389	330	421	2,317
Sarampión . . .	538	413	212	162	177	197	1,699
Varicela	139	125	58	59	81	71	533
Verruga	58	52	59	55	42	40	306
Tifus Exant. . .	44	33	35	24	25	29	190
Brucelosis	57	44	33	18	10	21	183
Difteria	10	12	11	18	18	52	121
Escarlatina . . .	29	12	4	—	10	3	58
Viruela	21	14	12	5	—	1	53
Poliomielitis . . .	10	13	8	6	7	8	52
Lepra	9	7	4	10	14	3	47
Peste	12	—	1	3	12	—	28
Meningitis	3	8	7	1	2	—	21
Encefalitis . . .	—	—	5	—	3	—	8
	7,279	6,413	6,331	6,118	6,561	6,009	38,711

LA MORBOSIDAD INFECTO CONTAGIOSA EN EL PERU

Los datos que se dan a continuación han sido tomados del Boletín del Departamento de Bioestadística, de la Dirección General de Salud Pública, y se relacionan con casos nuevos informados por los médicos sanitarios y los servicios nacionales de esa Dirección, referidos al mes de julio de 1953.

Así, a la fecha mencionada, se han registrado en los departamentos y provincias del país los nuevos casos siguientes de las enfermedades infecto-contagiosas que se detallan:

Tos convulsiva	1,502
Difteria	17
Encefalitis A. E.	—.—
Disentería	623
Meningitis C. E.	2
Tifoidea	254
Escarlatina	22
Brucelosis	24
Sarampión	346
Peste	—.—
Paludismo	1,230
Poliomelitis	7
Tifus Exant.	19
Lepra	7
Tuberculosis	1,428

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Viruela	7
Varicela	150
Verruga	30
Sífilis	419
Blenorragia	353

INDICE DEL COSTE DE LA VIDA

Las informaciones estadísticas siguientes, se refieren al Indice del Coste de la Vida y de los precios de los artículos de consumo, al por mayor y menor, correspondientes a los meses de mayo y junio del año en curso y que nos han sido proporcionados por la Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Hacienda y Comercio.

Tomando como base al trienio de 1934-36 al que se otorga una equivalencia de 100%, los números indicadores del costo de la vida en las ciudades de Lima, Callao y Balnearios al 15 de junio de 1953, son los siguientes:

Alimentación	777.2
Habitación	335.0
Indumentaria	622.0
Diversos	460.0

que dan un Indice General de Costo de Vida a esa fecha de 631.40.

Al efectuarse una comparación con los guarismos del mes de mayo último que dan un Indice General de 634.79, se nota pues una disminución de 3.39 ó sea el 0.5%.

Haciendo la misma comparación entre el Indice de junio de 1953 (631.40) y el mismo mes del año 1952 (563.50),se observa un aumento de 67.90 puntos o sea el 12%.

Si establecemos comparación entre el índice de junio del presente año, referente a los precios al por menor de artículos alimenticios que es de 777.2, con los de mayo de 1953, (783.9) se observa una disminución de 6.7 puntos o sea el 0.9% para junio.

Al hacer la misma comparación entre el mes de junio (777.2) y junio de 1952 (668.1) se nota un aumento de 109.1 puntos o sea el 16.3%.

En cuanto al Indice General de precios al por mayor, en el mes de junio alcanza la cifra representativa de 880.4 que comparada con el Indice General de Mayo último (900.4) muestra una disminución de 20 puntos o sea 2.2%.

Por último efectuando la misma comparación entre junio de 1953 (880.4) y junio de 1952 (877.2) se nota un aumento de 3.2 puntos o sea el 0.4%.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ESTADISTICA ASISTENCIAL DE LA SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PUBLICA DE LIMA EN EL AÑO 1952

Los siguientes datos extractados de la última Memoria de la Beneficencia Pública de Lima, correspondiente a 1952, demuestran el movimiento asistencial habido en dicho período, en los nosocomios de dicha Institución.

En el año 1952, la población asistida en hospitales ha sido de 56,784 personas, que produjeron en total 1'884,700 pacientes - día.

Si se establece una comparación con el año 1951 se tiene que en este último se asistieron 56,134 personas, que produjeron 1'901,787 pacientes - día; lo que indica un aumento en 1952 de 650 personas asistidas y una disminución de 17,087 días de asistencia.

Este aumento en las personas asistidas que se ha venido manifestando a partir de 1950, no hubiera sido posible, si paralelamente no se disminuye la estancia promedial, dada la creciente demanda de ingresos y la no aumentada capacidad asistencial de los nosocomios.

Del total de la población hospitalizada ascendiente a 56,874 fueron dado de alta 49,047 ó sea el 96% y fallecieron 2,025 ó sea el 4.0%, cifra menor que la del año 1951, en que se registró el deceso de 2,172 personas que equivale a 4.3%.

El promedio diario de asistencia interna ha sido de 5,677.

En cuanto al servicio de asistencia externa, que incluye consultas y curaciones en consultorios, tópicos, etc. así como tratamientos en departamentos y otros, sumó en 1952, un total de 492,970 personas con un promedio diario general de 1,972.

Es interesante anotar que desde el año 1945, se viene experimentando una ligera reducción en el número atenciones en los consultorios externos de los hospitales de la Beneficencia, cuya razón justificativa radica en la ampliación de los servicios médicos y hospitalarios de la Caja Nacional de Seguro Social y el Seguro Social del Empleado, los programas de medicina preventiva iniciados en 1944, los programas de profilaxia social, a cargo del Ministerio de Salud Pública, así como diversas medidas de control dictadas.

El promedio diario de asistencia externa ha sido de 1,927 y el promedio general (comprendiendo asistencia externa e interna) fué de 7,649 personas al día, que resulta inferior en 229 a la de igual período del año precedente, que fué de 7,878.

CICLOS DE INFORMACION SOBRE CUESTIONES SOCIALES PARA TRABAJADORES

Por Decreto Supremo de 23 de abril de 1953, el Supremo Gobierno dispuso que la Dirección General de Trabajo, organice con carácter voluntario, Ciclos de Información sobre Cuestiones Sociales para Trabajadores.

Estos ciclos comprenden períodos semestrales con horarios compatibles con las labores de los trabajadores, durante los cuales se desarrollan actuaciones ordinarias y especiales comprendiendo las primeras, el dictado de las siguientes materias:

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

1.—Legislación del Trabajo.
2.—Administración de la Legislación del Trabajo.
3.—Legislación del Trabajo Comparada.
4.—Organización Internacional del Trabajo .
5.—Higiene y Seguridad Industrial y Social.
6.—Sindicatos y la Función Representativa.
7.—El trabajo en relación con la Educación Nacional.

y las actuaciones especiales, el desarrollo de conferencias, sobre determinada especialidad, a cargo de connotadas personalidades.

Durante el desarrollo de los programas ordinarios, hay proyección de películas educativas sobre cuestiones de trabajo, de carácter histórico, geográfico, etc.; visitas de personalidades representativas nacionales o extranjeras, distribución de folletos y copias mimeografiadas, sobre las materias abordadas durante las clases o sobre aspectos conexos.

Al final de cada Ciclo, los trabajadores asistentes que se hubieren hecho acreedores, reciben certificados de asistencia conferidos en ceremonia especial.

La organización de estos Ciclos responde al propósito del Gobierno de facilitar a los trabajadores, medios de información sobre cuestiones sociales acordes con los derechos y obligaciones que les corresponde individual o colectivamente considerados.

Los indicados Ciclos funcionan en salones especiales del Estadio Nacional, y la calidad de la enseñanza está garantizada por el interés especial del Supremo Gobierno en la selección del personal docente, que integran profesionales con experiencia o estudios especiales en las materias a su cargo.

Igualmente, y en atención a la necesidad de que las actividades en los Ciclos de Información, se desenvuelvan de acuerdo con el interés de las personas a que están destinadas, se ha constituído una Comisión Informativa en las que están representados, tanto los empleadores que por el trato diario con su personal conocen las dificultades de orden informativo que requieren ser salvadas, como los trabajadores que son quienes están en mejores condiciones de indicar lo que realmente necesitan conocer.

Es de relievar que el Instituto de Asuntos Interamericanos, ha concedido seis becas para trabajadores asistentes al Ciclo, a fin de que puedan estudiar, por un período de 3 meses, completando las informaciones recibidas, las relaciones entre el Capital y el Trabajo, así como las organizaciones sindicales en el país del Norte.

Asimismo las entidades representativas de los empleadores como las de los trabajadores, sumándose al movimiento de cooperación en favor de esta obra, han acordado por su parte premios de estímulo para los trabajadores que se hagan acreedores a éstos.

El Primer Ciclo se inició en Mayo y concluyó en Julio del presente año, habiendo contado con una asistencia de más de mil trabajadores (entre obreros y empleados), habiendo alcanzado certificados de asistencia 937 trabajadores, los mismos que fueron otorgados en el mes de Agosto último, en ceremonia especial.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Durante este primer Ciclo se cumplieron las siguientes actuaciones:

a) dictado de los siete cursos que comprende el Ciclo, por los profesores respectivos;
b) proyección de películas educativas sobre aspectos sindicales; conferencias, visitas e intervenciones de destacadas personalidades.

El Segundo Ciclo se inició en Agosto y continuará durante los meses restantes del año. Se han inscrito en el mismo más de setecientos trabajadores (entre obreros y empleados de ambos sexos), concurriendo además a las clases en condición de miembros fundadores, trabajadores del Primer Ciclo, habiéndose desarrollado hasta la fecha las siguientes actuaciones:

a) dictado de los siete cursos que comprende el Segundo Ciclo, de acuerdo con las sugerencias aportadas por los trabajadores a través de la Comisión Informativa.
b) proyección de películas educativas sobre aspectos sindicales; representaciones de arte escénico y conferencias, visitas e intervenciones de destacadas personalidades nacionales y extranjeras.

En este Segundo Ciclo se emplean los medios didácticos del primero, contándose con los servicios de Radio Nacional para la difusión de las actuaciones especiales.

Se estudia la posibilidad de extender en el futuro, los beneficios de los Ciclos a provincias, y dar participación activa a los trabajadores asistentes, contemplándose también la necesidad de asegurar vida permanente a la Institución.

APORTES ECONOMICOS PARA EL PROGRAMA COOPERATIVO DE SALUD PUBLICA E HIGIENE PERUANO-NORTEAMERICANO

En los primeros días del mes de julio, se realizó en el local del Ministerio de Relaciones Exteriores la firma de un importante documento entre el Perú y los Estados Unidos de Norte América, que establece los correspondientes aportes económicos para el Programa Cooperativo de Salud Pública e Higiene, entre los Gobiernos del Perú y el de los Estados Unidos, para el año 1953.

REUNION DEL COMITE DE CONTROL SANITARIO FRONTERIZO

En el mes de julio último, se realizó en la ciudad de Arica, la Cuarta Reunión del Comité de Control Sanitario Fronterizo del Perú, Bolivia y Chile.

La delegación peruana que presidiera el Sr. Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, estuvo integrada por los siguientes funcionarios: Director General de Salud Pública, el Jefe de la División de Enfermedades Transmisibles, el Jefe del Departamento de Inmigración, el Jefe de la Unidad Sanitaria Departamental de Tacna, y el Dr. Hugo Sáenz, Secretario de la Delegación.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

En dicha Reunión se convinieron los distintos informes de las delegaciones ante el Comité; habiéndose, además, efectuado una revisión del Convenio Sanitario de Fronteras con el fin de adecuarlo a las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional, aprobado por la Organización Mundial de la Salud.

LABOR DEL COMITE PERUANO DE SOCORRO A LOS NIÑOS

El Comité Peruano de Socorro a los Niños, acaba de emitir un comunicado en el que se reseña la labor realizada por el mismo, en favor de los escolares del Perú, desde el mes de mayo de 1950 al primer trimestre de 1953.

El dicho comunicado se relieva que el 2 de mayo de 1950, el Comité Peruano de Socorro a los Niños, resolvió emprender la Campaña más útil y de gran trascendencia para la Infancia del Perú, como es la vacunación anti-tuberculosa con el B. C. G. (Bacilo Calmette Guerin) que es hasta hoy el único preventivo contra la tuberculosis.

La indicada Campaña se lleva a cabo en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud Pública, a través del Departamento de Tisiología.

En el período de tiempo ya mencionado, han sido examinados 80,440 escolares, los que en un principio solo pertenecían a transición y primer año de primaria, habiéndose extendido en la campaña escolar del presente año a todos los niños desde los Jardines de la Infancia, hasta el último año de los escolares de las grandes unidades.

El cuadro que a continuación se publica, dá cuenta de la labor realizada por dicho Comité:

ESTADISTICA DE ATENCIONES ESPECIALIZADAS PRESTADAS POR EL HOGAR CLINICA DE SAN JUAN DE DIOS

El Hogar Clínica de Magdalena, a cargo de los Hermanos Hospitalarios de la Orden de San Juan de Dios, que realiza una fecunda obra en favor de la niñez lisiada, constituyendo el único centro del país para la rehabilitación del niño inválido, ha efectuado la estadística que a continuación se expone, en los 14 meses que tiene de funcionamiento.

Entre mayo de 1952 y junio de 1953, inclusive, se han atendido las siguientes afecciones:

Afecciones congénitas

Parálisis obstétrica	8	casos
Hidrocefalia	2	„
Labio leporino	11	„
Luxación congénita coxo-femoral	38	„
Malformaciones óseas	28	„
Pseudo -artritis congénita de la tibia	11	„

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Pies Bot	117	„
Secuelas de Raquitismo	51	„

Afecciones Tuberculinas o consideradas como tales

Mal de Pott	60	„
Osteo-artritis tuberculosa de la rodilla	75	„
Osteo-atritis tuberculosa de la articulac coxo femoral	60	„
Coxalgia	42	„

Afecciones Neurológicas

Sindromes neurológicos	270	„
Enfermedad de Rittle	51	„
Hemiplegias	21	„
Monoplegias	3	„
Paraplegias	10	„
Secuelas de parálisis	480	„

Miscelánea

Osteomielitis	21	„
Escoliosis	9	„
Reumatismo	21	„
Secuelas por quemaduras	27	„
En observación	37	„

La estadística enunciada, anota que en el transcurso de los 14 meses antedichos se han tratado 1,453 casos. Las consultas de policlínico sumaron en total 6,000.

Del análisis de las enfermedades tratadas, se desprende que se ha registrado un número apreciable de afecciones congénitas, lo mismo que tuberculosas. En cuanto a las secuelas o lesiones permanentes dejadas por la Poliomelitis que casi suman 500 casos tratados, es indicativo que en nuestro medio, el mal no es tan infrecuente como se suponía. Es de lamentar eso si, que de estos 500 casos de niños tullidos, muchos, no puedan ya ser sometidos a un tratamiento exitoso, ya que han pasado el período de dos años que se señala como límite de recuperación efectiva.

NUEVO HOGAR-CLINICA DE SAN JUAN DE DIOS

Para la construcción del nuevo Hogar-Clínica de San Juan de Dios, en donde serán curados y reeducados los niños lisiados del Perú, el Supremo Gobierno ha expedido un Decreto cediendo un área de 12,298.95 m2 en la Urbanización "Matute" de Lima.

Según el anteproyecto del nuevo Hogar-Clínica, constará de 5 pisos y se instalarán talleres para reeducar a los niños y enseñarles un oficio. El presupuesto para la edificación, se ha calculado en 8 millones de soles.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

SEGUNDO ANIVERSARIO DE LA CENTRAL DE ASISTENCIA SOCIAL

Con fecha 26 de julio último, la Central de Asistencia Social que fundara y dirige la señora María Delgado de Odría, esposa del señor Presidente de la República, ha llegado a su segundo aniversario de vida institucional al servicio de los niños pobres, enfermos y ancianos, así como de las familias de escasos recursos económicos.

Con motivo del mismo, se ha efectuado un reparto extraordinario de víveres, ropa y frazadas, entre las familias pobres registradas en la Central de Asistencia, así como entre los miembros del cuerpo de inválidos de los Institutos Armados.

También los niños nacidos en la fecha del aniversario, en los hospitales de maternidad de Lima y Callao y en el Departamento de la Madre y el Niño de la Central de Asistencia Social, han sido obsequiados con ajuares.

Dentro del vasto programa asistencial de la Central, figuran dos importantes obras iniciadas en el curso del segundo año. Ellas son la construcción de 36 viviendas para familias pobres en Magdalena Nueva que se encuentran próximas a entregarse, y el funcionamiento en la Maternidad de Lima, del Departamento Médico de la Madre y del Recién Nacido, cuya labor se extiende hasta el domicilio de las madres en trance de alumbramiento, prestando asistencia pre-natal que se continúa hasta los primeros meses del recién nacido.

La Central de Asistencia Social funciona desde el 28 de mayo del presente año, en su amplio local del Parque Mariscal Cáceres, donde ha continuado en forma progresiva la misión en que está empeñada, como se puede advertir en las siguientes cifras parciales correspondientes al último ejercicio: julio de 1952 a julio de 1953:

Entregas en efectivo	S/.	157,641.48
Medicinas	,,	67,358.95
Productos alimenticios	,,	94,318.36
Vestuario	,,	79,714.24
Enseres domésticos	,,	31,653.75
Utiles escolares	,,	695.40
Varios	,,	3,232.75
	S/.	434,614.93

Es interesante relevar que la inversión por el período mencionado, ha sido mayor que la del período anterior que alcanzó a los S/. 355,270.00.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

Informacion Extranjera

ORGANISMOS INTERNACIONALES

XI REUNION DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LA A.I.S.S

Nos es grato incluír en texto completo, las resoluciones, recomendaciones y conclusiones adoptadas por la XI Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, en su última Reunión celebrada en París del 7 al 11 de setiembre último.

Resolución sobre el progreso de la protección social en las regiones insuficientemente desarrolladas por medio de la ayuda mutualista

La XIª Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, reunida en París del 7 al 11 de setiembre de 1953,

Habiendo estudiado el informe que ha sido presentado a la Comisión de la mutualidad de la A. I. S. S. sobre el progreso de la protección social, en regiones consideradas como insuficientemente desarrolladas, por medio de la ayuda mutualista,

Comprueba:

Que la importancia y la complejidad del problema planteado por el progreso de la protección social en las regiones consideradas como insuficientemente desarrolladas requieren estudios profundos, adaptados a las diversas condiciones prevalecientes en cada una de las regiones interesadas, y

Que las soluciones positivas exigen un esfuerzo considerable en materia de educación y enseñanza de los beneficiarios,

Expresa el deseo de recibir respuestas concretas sobre los métotodos apropiados para fomentar una protección social eficaz por medio de la ayuda mutualista, especialmente en colaboración con el movimiento cooperativo, y

Decide:

a) que la Comisión Permanente de la Mutualidad continúe compilando todas las informaciones posibles sobre las sociedades de ayuda mutua, así como sobre instituciones análogas exis-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

tentes en las regiones insuficientemente desarrolladas, y que prepare —a la luz de estas informaciones— un programa concreto de acción práctica para una o varias de estas regiones;

b) que, con esta finalidad, la A. I. S. S. establecerá una estrecha colaboración con la Oficina Internacional del Trabajo, la Alianza Cooperativa Internacional y, en caso necesario, con las otras organizaciones internacionales interesadas, para coordinar sus esfuerzos en este campo con las demás actividades internacionales.

Resolución sobre el secreto médico

La XI^{a} Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, reunida en París del 7 al 11 de setiembre de 1953,

Habiendo estudiado el informe sobre el secreto médico presentado a la Comisión médico-social de la A. I. S. S.,

Adopta la siguiente resolución:

Considerando las razones en que pueden haberse inspirado las legislaciones nacionales vigentes en lo concerniente al secreto médico, así como el nuevo elemento aportado al respecto por el desarrollo cada vez más importante de la legislación social;

La Asamblea General considera, desde el punto de vista del interés de los asegurados y del buen funcionamiento de las instituciones de seguros sociales, que:

Debe respetarse el principio del secreto médico;

La comunicación por parte de un médico, a los funcionarios competentes designados por el organismo de seguridad social, de las informaciones médicas requeridas por dicho organismo para cumplir su cometido, no deberá en ningún caso considerarse como una violación del secreto médico;

Las instituciones de seguridad social deberán tomar las medidas necesarias para salvaguardar el carácter secreto de las informaciones así comunicadas, debiendo estar su personal tanto médico como administrativo sujeto a las disposiciones relativas al secreto profesional.

Resolución sobre la prescripción y consumo de medicamentos

La XI^{a} Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, reunida en París del 7 al 11 de setiembre de 1953,

Habiendo estudiado el informe sobre la prescripción y consumo de medicamentos sometido a la Comisión médico-social de la A. I. S. S.,

1. Llama la atención de los miembros de la A. I. S. S. hacia el aumento continuo en el consumo de medicamentos, aparentemente injustificado, hasta el extremo de constituir un peligro para la salud y el bienestar de la población en general y de los asegurados en especial;

Afirma que el consumo de medicamentos, injustificado desde el

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

punto de vista médico, constituye un serio problema económico para las instituciones de seguridad social.

Teniendo presente el progreso de la medicina y los esfuerzos de los investigadores para suministrar productos nuevos y eficaces, formula el deseo de que estos esfuerzos deben utilizarse en forma tal que garanticen un beneficio máximo a la población en general y a los asegurados en especial.

2. La Asamblea General, para evitar efectos perjudiciales como los mencionados anteriormente, recomienda la adopción de las siguientes medidas:

a) reglamentación por la legislación de la fabricación, venta y precios de los artículos farmacéuticos;
b) eliminación de los medicamentos que tengan poco valor terapéutico y que, a eficacia igual, no sean los más económicos;
c) limitación de la propaganda a favor de remedios y métodos de tratamiento; reglamentación de esta propaganda; recomendación para que tal propaganda se realice, de preferencia, en la prensa médica. Los anuncios deberán, en toda circunstancia, revestir una forma que impida su confusión con artículos médicos desinteresados;
d) influencia psicológica ejercida sobre los asegurados mediante una enseñanza relativa a los peligros del charlatanismo y de todo abuso en la utilización de medicamentos.

Conclusiones sobre las relaciones entre las instituciones de seguridad Social y el cuerpo médico

1. La seguridad social tiene por tarea en particular garantizar a todas las personas cubiertas por la misma, el tratamiento médico necesario y de la mejor calidad.

Con este espíritu, la A. I. S. S. confirma la resolución relativa a los servicios de tratamiento médico adoptada por ella en su octava Asamblea General en Ginebra, en el año 1947.

2. Los organismos de seguridad social son conscientes de la importancia que revista la colaboración de los médicos. Esta colaboración, necesaria al progreso social y médico, sólo es posible si el cuerpo médico hace suyos los principios en que se basa la seguridad social.

3. La actividad del médico dentro de la seguridad social constituye un servicio social que puede ser prestado únicamente en interés de las personas protegidas y de la salud pública en general. A este efecto, el cuerpo médico deberá adoptar normas de conducta profesional conformes a este principio.

4. Se reconoce la libertad del médico en el ejercicio de su pro-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

fesión, dentro de la seguridad social, en el sentido de que el médico ha de inspirarse en sus conocimientos y en su conciencia profesional. Esta libertad no podrá, sin embargo, justificar abusos eventuales y supone para el médico el deber de hallar una economía compatible con la mayor eficacia terapéutica.

5. La legislación deberá fijar los principios que regulen las relaciones entre el cuerpo médico y la seguridad social. Los organismos de gestión o sus agrupaciones han de asegurar la aplicación de la misma, en especial mediante acuerdos con los médicos o asociaciones de médicos. A falta de tales acuerdos, la ley deberá prever el arbitraje obligatorio o cualquier otra solución de autoridad.

6. Sin perjuicio de los desarrollos y de la mejora futura de los regímenes de seguridad social, la Asociación Internacional de la Seguridad Social comprueba, como situación de hecho y fuera de todo juicio cualitativo, que los regímenes nacionales de seguridad social se aplican actualmente según varios sistemas:

a) concesión directa del tratamiento médico;
b) pago directo al médico;
c) reintegro al asegurado;
d) combinación de estos sistemas.

7. En el sistema de la concesión directa del tratamiento médico, la elección del médico por parte del asegurado se encuentra limitada necesariamente a los médicos que ejercen por cuenta del organismo de seguridad social en una circunscripción determinada.

La remuneración de los médicos se encuentra asegurada generalmente mediante un salario fijo al que pueden agregarse eventualmente, complementos calculados con arreglo a otros criterios.

9. En el sistema de reintegro al asegurado, es posible admitir la dico por parte del asegurado es libre entre todos los médicos reconocidos por el organismo de seguridad social en la circunscripción en cuestión. No obstante, se pueden adoptar normas particulares en lo que respecta a los médicos especialistas. La lista de médicos puede establecerse teniendo en cuenta el número de facultativos en relación con el de asegurados. La selección del médico por parte del asegurado habrá de poder ser modificada a intervalos bastante reducidos o por motivos reconocidos como válidos, sea por la ley o por el organismo de seguridad social.

La remuneración de los médicos está asegurada generalmente por una suma global **per cápita.**

9. En el sitema de reintegro al asegurado es posible admitir la libre elección total del médico por el asegurado, si bien los médicos habrán de respetar de una manera absoluta y general las tarifas fijadas. Por consiguiente, es necesario prever una autoridad judicial para reprimir todo exceso de las tarifas.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

La remuneración por servicio, que lleva consigo el grave defecto de estimular a una multiplicación abusiva de los servicios médicos, es, sin embargo, poco más o menos inevitable en este sistema.

10. Se deberá permitir a los organismos de seguridad social la posibilidad de crear centros de diagnósticos y de tratamiento.

11. En lo que respecta a los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, se prefieren los sistemas de concesión de tratamiento médico y el de pago directo al médico. En éstos se debe prever la absoluta gratuidad del tratamiento médico.

12. Es necesaria la institución de un control técnico y de una jurisdicción especial para reprimir los abusos en cada sistema y muy especialmente en el sistema del reintegro al asegurado.

13. Un servicio satisfactorio de tratamiento médico se podrá lograr únicamente si la distribución geográfica de los médicos en el territorio, se efectúa de una forma racional y si su número corresponde a las necesidades de la población.

14. La remuneración de los médicos se debería calcular de manera que éstos pudieran alcanzar, teniendo en cuenta su actividad, un nivel de vida que corresponda a su situación social y que pueda variar en función de la evolución general de la economía nacional.

15. La participación de la profesión médica en los organismos de seguridad social debe quedar asegurada en las comisiones mixtas encargadas de estudiar los problemas que interesan tanto al cuerpo médico como a la seguridad social.

Resolución sobre relaciones entre las instituciones de seguridad social y el cuerpo médico

La XI[e] Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, reunida en París del 7 al 11 de setiembre de 1953,

Habiendo examinado el informe sobre las relaciones entre las instituciones de seguridad social y el cuerpo médico, oída la comunicación del representante de la Asociación Médica Mundial,

Decide:

1. Transmitir las conclusiones adoptadas a la Asociación Médica Mundial para permitir a esta organización efectuar sus observaciones sobre este documento.

2. Confiar al Comité Ejecutivo la tarea de apreciar el trámite que conviene dar a la respuesta de la Asociación Médica Mundial.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Recomendación sobre la formación médico-social de los médicos

La XIª Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, reunida en París del 7 al 11de setiembre de 1953,

Considerando que para que los médicos presten una mejor colaboración en las instituciones de seguridad social, es necesario que actúen con plena comprensión del sentido social que inspira a las actividades de la seguridad social y que conozcan y acepten los principios en que se basa la misma, y

Considerando que para lograr lo anterior es menester que el futuro médico adquiera los conocimiento necesarios sobre medicina social y forma de aplicarla en el ejercicio de su humanitaria profesión,

Recomienda que todas las universidades incluyan en los planes de estudio de la carretera de médico y cirujano, cursos obligatorios de medicina social y den a los estudiantes la preparación adecuada sobre tan importante materia.

Conclusiones relativas a la evaluación de la invalidez

La XIª Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, reunida en París del 7 al 11 de setiembre de 1953 habiendo adoptado el informe que le fué sometido sobre el problema de la evaluación de la invalidez,

Deduce, de dicho informe, las siguientes conclusiones:

A. Aspectos comunes en los diversos sectores de la seguridad social.

1. De manera general, las legislaciones nacionales relativas a las enfermedades y a los accidentes, de origen profesional o no, hacen una distinción entre la incapacidad temporal y la capacidad permanente.

2. En los casos en que las legislaciones nacionales no han establecido una firme distinción entre los períodos de incapacidad temporal y de incapacidad permanente, han previsto, sin embargo, dos regímenes de prestaciones diferentes para cada uno de estos períodos.

3. La duración de la incapacidad temporal está esencialmente limitada por la duración de la fase evolutiva de la afección causal. Sin embargo, en determinados casos está limitada a un período uniformemente fijado, sin tener en cuenta las características propias de la afección.

4. En caso de incapacidad temporal, la incapacidad de trabajo, por regla general, se estima basándose en consideraciones de índole médica relacionadas con la gravedad de la afección; sin embargo, existen condiciones particulares según las cuales podrá reconocerse el estado de incapacidad de trabajo, incluso si el estado de salud permite la prosecución de la actividad profesional.

Cuando se trata de regímenes del seguro de enfermedad, la incapacidad de trabajo en período de incapacidad temporal se considera con relación a la profesión habitual del asegurado.

En algunos regímenes del seguro de accidentes del trabajo, que

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

fijan el grado de incapacidad desde el principio del accidente, pueden tenerse en cuenta otras profesiones.

5. La noción de incapacidad permanente no corresponde necesariamente a la de incapacidad definitiva. En general, corresponde a la noción de incapacidad de larga duración y no requiere obligatoriamente la certeza o la suposición de un estado patológico incurable o que no sea susceptible de mejora mediante tratamientos médico-quirúrgicos, prótesis, o por la reeducación profesional. De ello resulta que el grado concedido a una incapacidad permanente no implica el carácter definitivo de esta evaluación; puede ser objeto de revisión a petición del asegurado o de la institución del seguro, la que puede estipular el plazo a cuya expiración se revisará el grado de incapacidad.

6. Es de desear que los métodos de evaluación de la invalidez no tomen en consideración muy estrictamente los resultados que pueden esperarse de un tratamiento determinado de la afección de que se trate. Los servicios médicos de las instituciones de seguridad social deberían inducir a los asegurados a beneficiarse de todos los recursos de la terapéutica por medio de la persuación y no por la fuerza.

7. Cabe poner de relieve que no existe forzosamente una relación proporcional entre el grado de incapacidad de trabajo examinado desde el punto de vista médico y resultante de una lesión en la integridad física o mental, orgánica o funcional del organismo humano, por una parte, y el grado de capacidad de ganancia que este daño permite conservar, por otra parte.

El grado de incapacidad de trabajo resulta de los datos de un examen médico que determina los daños provenientes de los elementos mórbidos que acarrean la incapacidad de trabajo.

La capacidad de trabajo residual está constituída por las posibilidades de trabajo físico e intelectual que ha podido conservar un estado mórbido determinado.

La capacidad de ganancia está en relación con esta capacidad de trabajo residual, pero no es forzosamente paralela a ella. Acusa la influencia de factores que no son elementos médicos. En general, conviene determinar la disminución de la capacidad de ganancia.

B. **Invalidez.**

1. En caso de incapacidad permanente, los regímenes de seguridad social no limitan en general a la sola profesión habitual del asegurado el campo de las actividades profesionales consideradas para determinar el grado de invalidez.

Las diversas legislaciones de seguridad social consideran a menudo, conjunta o aisladamente, la capacidad de ganancia en el mercado general del trabajo y la capacidad de ganancia en un número limitado de actividades profesionales, que se puedan asimilar a la profesión habitual del asegurado o compatibles con su formación profesional.

Existen, sin embargo, excepciones para determinados grupos profesionales particulares. Disposiciones especiales permiten, en este caso, que no se considere, incluso para la capacidad permanente, más que la incapacidad de trabajo en la profesión habitual.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

2. Es importante señalar que, cuanto más extienden los métodos de determinación del grado de incapacidad de trabajo el campo de las actividades profesionales a considerar, más se amplían las posibilidades de reclasificación de los inválidos.

3. Es de desear que los regímenes tengan en cuenta las posibilidades de reclasificación profesional para fijar el grado de incapacidad de trabajo, tratando de desarrollar de manera satisfactoria las medidas de readaptación y de reclasificación profesionales.

4. Los métodos de evaluación que, según las legislaciones nacionales deben tener en cuenta el mercado general de trabajo, son moderados en su aplicación, ya que considerar las posibilidades de ganancia en un número más o menos elevado de actividades profesionales en relación con las aptitudes del interesado y con las posibilidades de empleo.

5. No existe baremo de carácter imperativo en lo que concierne a la invalidez.

La evaluación del grado de invalidez se basa esencialmente, en la práctica, en el examen médico que tiene en cuenta las particularidades de cada caso, tanto en lo referente a las características de la afección como a las condiciones peculiares de cada enfermo.

6. La incapacidad mínima de trabajo requerida para tener derecho a las prestaciones en materia de invalidez es, en general, más elevada que la de los accidentes del trabajo. Para la invalidez, este mínimo es, generalmente, el 50 por ciento o los dos tercios de la capacidad de ganancia de un trabajador normal de la misma categoría.

7. La fijación de un grado mínimo de incapacidad de trabajo para beneficiarse de las prestaciones ofrece, por un lado, la ventaja de permitir al asegurado acumular las prestaciones de seguridad social y un ingreso profesional parcial, pero, por el contrario, presenta el inconveniente de suspender el beneficio de la indemnización cuando el ingreso profesional excede del mínimo requerido o de la tasa residual de capacidad de ganancia.

C. Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

1. En lo que concierne a los accidentes del trabajo y a las enfermedades profesionales, no se requiere, en general, un grado mínimo de incapacidad de trabajo para tener derecho a las prestaciones. Se adquiere el derecho a una indemnización por toda reducción de la capacidad de ganancia.

Sin embargo, en determinados casos, sólo da derecho a una indemnización la incapacidad que llegue, por lo menos, al 20 por ciento.

2. Las legislaciones nacionales —o la jurisprudencia— que implican la noción de reparación de un daño físico y no de una compensación de incapacidad de ganancia, estipulan que se tome en consideración el empleo habitual del interesado para evaluar su grado de invalidez.

En otros casos, que se refieren esencialmente a una compensación de la disminución de la capacidad de ganancia, los métodos utili-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

zados tienden a considerar la capacidad en el mercado general del trabajo.

Estos métodos permiten que se tengan en cuenta las posibilidades de readaptación profesional.

3. En lo concerniente a los accidentes del trabajo y a las enfermedades profesionales, los baremos de invalidez se utilizan generalmente con carácter indicativo, lo que da cierta uniformidad a las decisiones. En otros casos estos baremos tienen un carácter imperativo, carácter que les confiere la propia legislación o la jurisprudencia.

Recomendación sobre las asignaciones familiares

La XI^{a} Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, reunida en París del 7 al 11 de esetiembre de 1953,

Habiendo tomado nota del informe sobre las asignaciones familiares y habiendo decidido adoptarle como base para los estudios posteriores que se realicen al respecto,

Recomienda de inmediato a sus miembros que se inspiren en las consideraciones generales allí enunciadas, con el fin de fomentar en sus países una reglamentación tendiente a poner en aplicación el punto 7 de la resolución relativa a la protección por la seguridad social de la madre y del niño, adoptada en Roma en 1949.

Decide que las conclusiones que oportunamente puedan desprenderse de ese informe deberán ser determinadas por un Comité de Expertos y presentadas a la próxima reunión de la Asamblea General.

ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Lista de los miembros: 92 miembros en 38 países.

ALEMANIA

Federación de Cajas de Seguro de Accidentes de Trabajo
Reuterstrasse 157/159
BONN

Federación de Instituciones de Seguro de Pensiones
Hans-Thomastrasse 20
FRANKFURT a/Main

Asociación de las Federaciones de Cajas de Enfermedad
Scharnhorststrarsse 2
BAD GODESBERG

Unión Nacional de Federaciones de Cajas de Enfermedad de Artes y Oficios de Alemania
Gladbcherstrasse 32
KOLN

Federación de Cajas de Enfermedad de Empresas
Hoffnungsstrasse 2
ESSEN

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

AUSTRIA

Federación Central de Instituciones de Seguros Sociales
Seitzergasse 2 - 4
WIEN I

Unión Austríaca de Institutos de asistencia en caso de Enfermedad para los empleados de la Administración local
Schlesingerplatz 5

WIEN VIII

BELGICA

Alianza Nacional de las Mutualidades Cristianas
127, rue de la Loi
BRUXELLES

Asociación de Cajas de Asignaciones Familiares de Bélgica
49, rue de Treves
BRUXELLES

Caja Nacional de Bonificaciones Anuales a la Vejez y Viudez y de Asignaciones a la Orfandad
93, rue Royale
BRUXELLES

Caja de Jubilaciones de la Caja General de Ahorros y Jubilaciones
BRUXELLES

Fondo Nacional de Seguro de Enfermedad e Invalidez
211, Avenue de Tervuren
Woluvé I
BRUXELLES

Fondo de Asistencia para Desocupados
51, Avenue des Arts
BRUXELLES

Fondo Nacional de Asignaciones para Empleados
35, rue Capitaine Crespel
BRUXELLES

Caja Nacional de Pensiones de los Mineros de Bélgica
6, Place Stéphanie
BRUXELLES

Liga Nacional de las Federaciones de Mutualidades Liberales
116, rue de Livourne
BRUXELLES

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Oficina Nacional Coordinadora de Asignaciones Familiares
21, rue de la Science.
BRUXELLES

Oficina Nacional de Seguridad Social
102, rue du Prince Royal
BRUXELLES

Unión Nacional de las Federaciones de Mutualidades Profesionales
13, rue Boduognat
BRUXELLES

Unión Nacional de las Federaciones de Mutualidades Neutrales
14, Avenue de la Couronne
BRUXELLES

Unión Nacional de las Mutualidades Socialistas
22-24, rue de l'Abbaye
BRUXELLES

Fondo de previsión para las víctimas de las enfermedades profesionales
17, rue Montoyer
BRUXELLES

BOLIVIA

Caja Nacional de Seguro Social
Casilla Correo Nº 697
La Paz
Caja de Seguro Social de Ferroviarios y Anexos
LA PAZ

BRASIL

Departamento Nacional da Previdencia Social
Palacio do Trabalho
RIO DE JANEIRO

Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancarios
Avenida Nilo Pecanha 21
RIO DE JANEIRO

Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciarios
Avenida Mexico
RIO DE JANEIRO

Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriarios
Avenida Almirante Barroso 78
RIO DE JANEIRO

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargos
Avenida Graca Aranha 35
RIO DE JANEIRO

CHILE

Caja de Seguro Obligatorio
SANTIAGO DE CHILE

COLOMBIA

Instituto Colombiano de Seguros Sociales
Avenida Caracas Nº 25 A-66
BOGOTA

Caja Nacional de Previsión
Edificio San Francisco
Calle 15 Nº 8-68
BOGOTA

COSTA RICA

Caja Costarricense de Seguro Social
Apartado 1317
SAN JOSE

DINAMARCA

Federación Central de las Cajas de Enfermedad de Dinamarca
Ostergade 30
AARHUS

Federación Danesa del Seguro Continuado de Enfermedad
Palaegade 7
COPENHAGUE

REPUBLICA DOMINICANA

Caja Dominicana de Seguros Sociales
CIUDAD TRUJILLO

ECUADOR

Instituto Nacional de Previsión
Apartado 2640
QUITO

FINLANDIA

Ministerio de Previsión Social
Hallituskatu 4
HELSINKI

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

FRANCIA

Federación Nacional de la Mutualidad Francesa
40, Boulevard Malesherbes
PARIS VIIe

Federación Nacional de los Organismos de Seguridad Social
3, rue Coq Héron
PARIS (1er.)

Unión Nacional de las Cajas de Asignaciones Familiares de Francia
66, rue de la Chaussée d'Antin
PARIS IXe

Unión de las Cajas centrales de la Mutualidad agrícola de Francia
25, rue de la Ville-l'Eveque
PARIS (VIIIe)

REINO UNIDO

Ministerio del Seguro Nacional y Pensiones
LONDON

GRECIA

Instituto de Seguros Sociales
Rue Winston Churchill 22 b
ATHENES

Caja de Seguro de los Obreros Tabacaleros
Rue Egnatias 58
SALONQUE

GUATEMALA

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Apartado 349
CIUDAD DE GUATEMALA

INDIA

Corporación del Seguro Público para los Empleados
NEW DELHI

IRAN

Ministerio del Trabajo de Iran
TEHERAN

Organización del seguro social de los trabajadores
TEHERAN

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

IRLANDA

Ministerio de Previsión Social
Store Street
DUBLIN

ISLANDIA

Instituto d Seguro Social del Estado
REYKJAVIK

ISRAEL

Caja de Enfermedad "Kupat-Holim"
P. O. B. 12
TEL-AVIV

Caja Popular de Enfermedad "Kupat-Holim-Amamit"
P. O. B. 1551
TEL-AVIV

Caja de Seguro de Enfermedad para los Trabajadores Nacionales
4, Herzl Strasse P. O. B. 2209
TEL-AVIV

Caja de Seguro de Invalidez (Keren Nehut) de Israel
P. O. B. 12
TEL-AVIV

Caja de Seguro de Vejez de Israel
P. O. B. 303, "Dor Ledor"
TEL-AVIV

ITALIA

Caja Marítima Meridional
5, Via Salvatore Fusco
NAPOLI

Instituto Nacional de Previsión y Asistencia de los Empleados del Estado
Via Flavia 93
ROME

Caja Nacional de Previsión de los Empleados de Establecimientos del derecho público
Via G. B. Morgagni 13
ROME

Instituto Nacional del Seguro de Enfermedad
Via Cesare Beccaria 16
ROME

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Instituto Nacional de Asistencia a los Empleados de la Administración Local
Viale Bruno Buozzi 46
ROME

Instituto Nacional de Previsión Social
Via del Corso 239
ROME

Instituto Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo
Via IV Novembre 144
ROME

JAPON

Ministerio de Previsión Social
Kasumiaseki
TOKYO

Federación Nacional de Instituciones del Seguro de Enfermedad
Akasaka-Aomaya-minami-machi
1 chome 55
Minatoku
TOKYO

Sociedad Central de Corporaciones de Seguro Social de Enfermedad del Japón
Azabu,
Minatoku
TOKYO

LUXEMBURGO

Unión de las Cajas de Enfermedad del Gran Ducado de Luxemburgo
Rue de Strasbourg 10
LUXEMBOURG

MEXICO

Instituto Mexicano del Seguro Social
Paseo de la Reforma 476
MEXICO

NORUEGA

Federación Nacional de cajas de enfermedad
Stortgsgatan
OSLO

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

PANAMA

Caja de Seguro Social
Apartado 1393
PANAMA

PARAGUAY

Instituto de Previsión Social
ASUNCION

PAISES BAJOS

Banco de Seguro Social del Estado
Apollolaan 15
AMSTERDAN-ZUID

Federación de Asociaciones Profesionales
Singel 126-130
AMSTERDAN

Oficina del seguro de enfermedad del Departamento de Salud
P. C. Hoofstr. 162-166
AMSTERDAN

PERU

Caja Nacional de Seguro Social
Casilla 1311
LIMA

PORTUGAL

Instituto Nacional de Trabajo y Previsión
Praca do Comércio
LISBOA

SALVADOR

Instituto Salvadoreño del Seguro Social
5ta. Calle Pte. Nº 5
SAN SALVADOR

SARRE SAAR

Instituto de Seguro Social del Sarre
Bahnhofstrasse 44-46
SAARBRUECKEN

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Caja de Seguro de Accidentes de los Mineros
SAARBRUECKEN

Caja de Seguro Social de los Mineros
SAARBRUECKEN

Instituto del Seguro de Accidentes de los Ferroviarios del Sarre
SAARBRUECKEN

Caja de Enfermedad de las Empresas Ferroviarias del Sarre
SAARBRUECKEN

Instituto del Seguro Social de los Ferroviarios del Sarre
SAARBRUECKEN

SOMALIA

Caja de seguros sociales de Somalia
MOGADISCIO

SUIZA

Oficina Federal de Seguros Sociales
BERNA

Federación de las Sociedades de Socorros Mutuos de la Suiza Francesa 31, rue du Stand
DELEMONT (J. B.)

Concordato de las Cajas de Enfermedad de Suiza
Stadelhoferstrasse 25
SOLOTHURN

Caja Nacional de Seguro de Accidentes de Suiza
Fluhmattstrasse 1
LUZERN

Asociación de Cajas de Compensación profesionales e Interprofesionales
Baumleingasse 10
BASEL

TURQUIA

Institución del Seguro Obrero
Yenisehir
ANKARA

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

URUGUAY

Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Industria y Comercio
MONTEVIDEO

VENEZUELA

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales
Avenida Bolívar
Edificio Sur, 4º piso
CARACAS

NUEVOS MIEMBROS

ALEMANIA

Federación de las Cajas de Enfermedad para los Empleados
Rothenbauchaussée 167
HAMBURG

Unión de Instituciones municipales del seguro de accidentes
Prannerstrasse 8
MUNCHEN

Federación de las Cajas de Seguro Profesional de los Trabajadores
Goethestrasse 43
SCHWABISCH GMUND

BRASIL

Instituto de Aposentadoria e Penêes de los Maritimos
RIO DE JANEIRO

CUBA

Caja de Retiro Azucarero
Calle 23 entre Nyo Vedado
Apartado 2578
LA HABANA

FINLANDIA

Instituto Nacional de Pensiones de Finlandia
HELSINSKI

HAITI

Instituto Haitiano de Seguros Sociales
PORT-AU-PRINCE

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

JAPON

Ministerio de los servicios postales (Oficina de seguros)
TOKYO

PERU

Seguro Social del Empleado
Avenida Uruguay Nº 514
Edificio Leonard 2º piso
LIMA

PUERTO RICO

Fondo del Seguro del Estado
Apartado 1792
SAN JUAN

SUECIA

Federación de Cajas de Seguro de Enfermedad de Suecia
Brunnsgrand 4
ESTOCOLMO

YUGOESLAVIA

Secretario de la Protección Social del Consejo Federal Ejecutivo
Nemanjina ul. 11
BELGRADO

ALEMANIA

Unión de Federaciones de la Caja de Enfermedad Agrícola
Angerstrasse 12 a
GOTTINGEN

36a. REUNION DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO

En la reunión del rubro, celebrada, en Ginebra en junio pasado se adoptó el Instrumento de enmienda a la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, en virtud del cual se aumenta el número de miembros del Consejo de Administración, modificándose a este respecto los párrafos correspondientes de los artículos 7 y 36.

Además, queda suprimida la última frase del párrafo 2 del citado artículo 7, según la cual, parte de los representantes de los gobiernos debían pertenecer a Estados no europeos.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

El instrumento entrará en vigor de conformidad con las disposiciones del Art. 36 de la Constitución.

En la misma reunión, se adoptaron las Recomendaciones Nº 96, sobre la edad mínima de admisión a los trabajos subterráneos de las minas de carbón y la Nº 97, sobre la protección de la salud de los trabajadores en los lugares de trabajo.

Finalmente, se aprobó el informe sobre "Observaciones y Conclusiones sobre la organización y el funcionamiento de los servicios nacionales del trabajo" y distintas resoluciones concernientes entre otros a los siguientes rubros:

1.—Resolución sobre la economía de los países insuficientemente desarrollados.
2.—Resolución sobre la protección de las condiciones de trabajo y de vida de los jóvenes trabajadores.
3.—Resolución sobre el establecimiento de una lista internacional de enfermedades profesionales que deben ser notificadas.
4.—Resolución sobre el establecimiento de listas nacionales de enfermedades profesionales que deben ser notificadas.
5.—Resolución sobre los servicios médicos del trabajo.
6.—Resolución sobre la inscripción en el orden del día de la próxima reunión general de la Conferencia de la cuestión de las vacaciones pagadas.
7.—Resolución sobre la inscripción en el orden del día de una de las próximas reuniones de la Conferencia, de la cuestión de las vacaciones pagadas, con miras a la revisión del Convenio Nº 52.
8.—Resolución sobre la pronta ratificación del Instrumento de enmienda a la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, 1953.
9.—Resolución sobre la adopción del trigésimo sexto ejercicio financiero (1954) y el prorrateo de los gastos entre los Estados Miembros en 1954.

Anuario estadístico

Según el último Anuario estadístico de la Oficina Internacional del Trabajo, que abarca informaciones sobre 45 países, una décima parte de la población mundial se beneficia de la legislación de seguridad social por lo menos en alguna de sus formas; 150 millones de personas se hallan aseguradas contra los riesgos de vejez e invalidez; 90 millones, contra el paro; 125 millones incluídas en el seguro de enfermedad maternidad, y 200 millones en el de enfermedad.

En cuanto a los subsidios familiares, 35 millones de niños pertenecientes a 24 países, se hallan incluídos en los mismos.

FEDERACION SINDICAL MUNDIAL

Del 2 al 6 de marzo del presnte año, se celebró en Viena, a ini-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ciativa de la Federación Sindical Mundial, una conferencia internacional para la defensa, la mejora y la extensión de los seguros sociales y de los programas de seguridad social, que contó con la participación de 266 delegados de 59 países.

En el programa de seguridad social redactado por la Conferencia se declara que "un verdadero régimen de seguridad social ha de basarse en el reconocimiento de que existe un derecho social fundamental, garantizado por la ley a todo ser humano que viva de su trabajo, que se encuentre en la imposibilidad de trabajar o que sufra incapacidad, temporal o permanente para el trabajo y a los miembros de su familia". El derecho a la seguridad social es igual para todos sin ninguna discriminación de raza, de nacionalidad, de sexo, de edad y de profesión.

En cuanto a las cargas y riesgos que debe comprender la seguridad social se señalaron: la enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, desempleo total y parcial, defunción, asistencia a todos los niños a fin de garantizar su educación y su sostenimiento, vacaciones pagadas y subsidios que compensen las cargas de familia.

El régimen se aplicará a todos los obreros y empleados, a los pequeños agricultores, aparceros, arrendatarios, artesanos, miembros de las profesiones liberales, estudiantes y trabajadores independientes, así como a todos los que padezcan incapacidad física para el trabajo. Ha de asegurar la prestación, completamente gratuita, de asistencia médica y farmacéutica, sin limitación alguna, instituyendo un servicio nacional completo de sanidad. Deberá aplicarse una política de prevención sanitaria y social, sobre todo en los lugares de trabajo. Deberá facilitarse a los enfermos e inválidos educación, reeducación funcional y profesional y readaptación, así como un empleo o un nuevo empleo.

Se propugna, la unificación de la seguridad social ".....en su sistema y en su estructura, teniendo en cuenta los derechos adquiridos y las circunstancias de cada caso".

En principio, deberá ser financiada "por el Estado o los empleadores, o por ambos, sin contribución de las personas aseguradas".

Se preconizó asimismo la mejora de los convenios internacionales y de los acuerdos de reciprocidad, a fin de garantizar a los trabajadores migrantes y sus familias las prestaciones de seguridad social sin interrupción en caso de traslado de un país a otro.

La Conferencia detalló normas especiales para la elaboración de los programas nacionales especiales de cada país, dedicándose capítulos particulares a la seguridad social de los trabajadores agrícolas y forestales y a la seguridad social de los países coloniales.

Los distintos textos adoptados fueron remitidos a la Organiza-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ción de las Naciones Unidas, a la que se pidió la eventual inscripción de esas cuestiones en el orden del día del Consejo Económico y Social.

Se recomendó la creación de un Comité internacional de fomento y la organización de conferencias continentales de seguridad social en Asia, América Latina y Africa en el año 1954.

RESOLUCION DEL CONSEJO INTERAMERICANO ECONOMICO Y SOCIAL

El Consejo Interamericano Económico y Social aprobó en su tercera sesión extraordinaria celebrada en Caracas en febrero del presente año, una resolución sobre unificación de las instituciones de seguros sociales en cada país.

Se hace notar en el preámbulo, que la diversificación de las instituciones de seguros sociales en algunos países están produciendo graves dificultades de orden administrativo y mermando las ventajas que tienen derecho a esperar sus beneficiarios. Se señala igualmente, que entre esas dificultades tienen especial importancia las que puedan afectar a la falta de continuidad en el cómputo del tiempo de cotización, cuando el trabajador cambia de empleo, y por lo tanto, la falta de continuidad en la afiliación a la Caja de retiro correspondiente.

La parte resolutiva declara "que una de las bases más sólidas para la consolidación y prosperidad de las instituciones de seguros sociales en cada país americano es la unificación de sus administraciones, fondos e inversiones en una sola institución de carácter nacional, y que el Consejo de la Organización de los Estados Americanos sugiera a los gobiernos de los países americanos en que aún no se haya producido la unificación, estudien la posibilidad de propiciarla en el más breve lapso".

ALEMANIA

Debate en torno a los subsidios familiares

Ultimamente la atención pública en Alemania Occidental, está siendo enfocada en dirección al problema de los subsidios familiares.

Entre los proyectos presentados que concretan el punto de vista de los respectivos proponentes, figuran los siguientes:

Partido Social Democrático.—La fórmula de este grupo propone el establecimiento de un sistema estatal a cargo del presupuesto público; concesión de subsidios a todos los que ejercen alguna actividad laboral dependiente o autónoma, desde el primer hijo y hasta los 15 años. o 18 si se trata de estudiantes; una cuantía uniforme de 20 marcos mensuales; gestión encomendada al Estado y a los Ayuntamientos; importe total 2,875 millones de marcos para 11'980,000 beneficiarios.

El proyecto del Centro, propone: administración encomendada a Cajas de Compensación dependientes de las oficinas locales de finanzas; los recursos se obtendrán por medio de contribuciones a cargo de los sol-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

teros, de los casados sin hijos y de los casados con un solo hijo; concesión a partir del tercer hijo y hasta los 24 años de edad; la cuantía del subsidio ya fijarán anualmente el Gobierno en relación con el coste de vida, oscilando entre 15 y 25 marcos mensuales; el coste total, calculando que el número de hijos a partir del tercero sea aproximadamente de 1'930,000, se supone sea de 347'400,000 si el subsidio fuera de 15 marcos, y 579'000,000 si fuera de 25 marcos mensuales.

Unión Democrática Cristiana.—Propone Cajas de Compensación nacionales para cada sector económico, creadas por las empresas y anexadas a las uniones obligatorias para el Seguro de Accidentes y Enfermedades Profesionales, y una Caja General de Compensación dependiente del Ministerio de Trabajo para los trabajadores que no se inscriban en las Cajas de Sectores y para los independientes; una Caja central dependiente también del Ministerio del Trabajo para la compensación de la gestión de dichas Cajas; cotización a las Cajas profesionales a cargo del trabajador, pero pagad directamente por el patrón sobre la base del salario bruto; cotización de los inscritos en la Caja General correspondiente a la renta de los mismos; subsidios concedidos a todos los que paguen contribución fiscal a partir del tercer hijo, hasta los 24 años de edad, como máximo; su cuantía será establecida anualmente por el Gobierno, y oscilará entre los 15 y 30 marcos mensuales. Coste total entre un mínimo de 238,500.00 a un máximo de 586,100.00 marcos, según sea la cuantía mensual del subsidio.

ARGENTINA

La Previsión en el Segundo Plan Quinquenal

Por Ley Nº 14,184, han sido aprobados los objetivos fundamentales del Segundo Plan Quinquenal, que deberán ser cumplidos entre el 1º de enero de 1953 y el 31 de diciembre de 1957.

El Capítulo III del Plan, concierne directamente a la Previsión.

Entre los objetivos fundamentales a desarrollarse en el terreno de la Previsión, figuran:

a) El ejercicio de los "Derechos del Trabajador" en cuanto ellos se refieran a seguridad, bienestar y asistencia;

b) El ejercicio de los "Derechos de la ancianidad y de la familia" en relación con la seguridad, el bienestar y la asistencia social.

Los objetivos generales, comprenden:

1.—Sistema Nacional de Previsión:

El sistema nacional de previsión será organizado integrando el

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

sistema jubilatorio básico con regímenes complementarios de seguridad, bienestar y asistencia social. Los regímenes especiales de seguridad, bienestar y asistencia social serán creados, organizados y aplicados en la medida en que lo exijan los riesgos no cubiertos por el régimen jubilatorio básico, instituído en los últimos años mediante la creación del Instituto Nacional de Previsión Social.

2.—**Régimen Jubilatorio:**

El régimen jubilatorio deberá asegurar a todos los trabajadores cuando cumplan un mínimo de años de servicios y edad, prestaciones económicas que les permitan vivir en condiciones dignas y acordes con las del período de actividad en que realizaron sus aportes.

El régimen nacional de jubilaciones protegerá asimismo a los derecho-habientes del trabajador; y, según las posibilidades económico-financieras, podrá cumplir con los fines asignados normalmente a los regímenes especiales de seguridad, bienestar y asistencia social.

3.—**Régimen de Seguridad Social:**

Este régimen especial cumplirá específicamente con el "Derecho a la Seguridad Social" amparando a los trabajadores en los casos de disminución, suspensión o pérdida de su capacidad para el trabajo, motivadas por enfermedad o accidente, invalidez, maternidad o vejez y a sus derecho-habientes en caso de muerte.

4.—**Régimen General de Asistencia Social:**

Será conducido por el Estado y realizado por sus organismos y por la acción concurrente de los servicios asistenciales de las asociaciones profesionales, contando éstas con el auspicio, asistencia técnica y económica del Estado.

5.—**Régimen Especial de Asistencia Social:**

La protección de menores y ancianos, indigentes, sordomudos e invidentes y la protección materno-infantil, estará a cargo del Estado, en ausencia o impedimento moral o material de la familia o de las asociaciones profesionales, a fin de asegurar las prestaciones y servicios sociales correspondientes a cada caso.

Finalmente, y entre los objetivos especiales del Plan, figuran el propósito de extender los beneficios del régimen jubilatorio a todos los trabajadores del país aún no amparados por el sistema vigente. A estos efectos, se mantendrá la autonomía de las distintas Cajas, pero sujetas a la coordinación progresiva del Instituto, a fin de que, en iguales condiciones, los trabajadores obtengan las mismas prestaciones mínimas.

En cuanto al régimen de Seguridad, se creará un sistema com-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

plementario a fin de cubrir los riesgos no previstos en el Sistema nacional jubilatorio, comprendiendo los casos de disminución, suspensión o pérdida de la capacidad de trabajo, motivadas por enfermedad, accidente, invalidez, maternidad, vejez o muerte, y será aplicado en forma progresiva por actividades, zonas y prestaciones en la medida de las posibilidades económico financieras.

BOLIVIA

Subsidios familiares y Asignación de alquileres

Por decreto supremo de 17 de abril de 1953 se ha establecido en Bolivia un sistema de subsidio familiar, subsidio de lactancia y asignación de alquileres para los trabajadores fabriles, mineros, petroleros y de construcción.

Los cinco títulos del decreto, tratan respectivamente de los subsidios familiares, subsidios de lactancia, del Fondo Nacional para la construcción de viviendas populares baratas y de la asignación de alquileres. El último título contiene disposiciones de orden general.

En cuanto a los subsidios, a partir del 1º de abril del presente año, se otorgará una asignación familiar de 500 bolivianos mensuales por cada hijo mayor de un año y menor de dieciseis años a cargo de sus padres, susceptible de ampliarse hasta los dieciocho años si el menor siguiere estudiando en un establecimiento público, o indefinidamente en caso de ser inválido.

El régimen de estos subsidios, será financiado mediante un Fondo Nacional de compensación, que se crea dentro de la administración de la Caja Nacional de Seguro Social, con recursos y contabilidad autónomos, al que los empleadores deberán aportar mensualmente una suma equivalente al 13% del total de sueldos y salarios pagados.

Los subsidios familiares serán abonados a los trabajadores directamente por los empleadores, que utilizarán para este pago las sumas correspondientes a la contribución precitada, y, en caso necesario las sumas provenientes de las cotizaciones del seguro y ahorro obrero obligatorio.

Los patronos deben remitir a la Caja mensualmente las diferencias entre las contribuciones totales y los pagos efectuados por subsidios familiares y otros conceptos a los trabajadores.

Dichos pagos directos rigen desde el mes de mayo, pues el aporte correspondiente al mes de abril debe ser depositado íntegramente en la Caja Nacional de Seguro Social, con el fin de constituir un fondo de garantía para el caso de mora, quiebra u omisión por parte de los patronos.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Se ha conjugado mediante una escala especial, el derecho al subsidio con la concurrencia o número de jornadas de trabajo.

El subsidio de lactancia, corresponde a la esposa o conviviente del asegurado que amamante a su hijo y la que no lo haga por prescripción médica, su monto es de 1,000 bolivianos por mes, por cada hijo, durante el término máximo de un año a partir del parto. Este beneficio se hará preferentemente en forma de suministro de productos lácteos o alimenticios. En tanto la Caja Nacional de Seguro Social no haya organizado el suministro de estos productos, el subsidio de lactancia será abonado directamente por los empleadores.

En cuanto a estas especificaciones queda modificado el artículo 57 del decreto supremo de 11 de octubre de 1951.

En cuanto al Fondo Nacional para la construcción de viviendas populares baratas, se establece la obligación por parte de los empleadores de las industrias minera y petrolera de aportar mensualmente una suma igual al 14% del total de los sueldos y salarios que abonen, para constituir, a partir del 1º de abril del año en curso el citado Fondo.

Mientras no se establezca el organismo especial que tomará a su cargo la administración del Fondo y la edificación de las viviendas baratas, los empleadores depositarán los aportes totales en la Caja de Seguro Social.

Finalmente, a partir del 1º de mayo, los trabajadores fabriles y de la construcción percibirán una asignación de alquileres de 1,000 bolivianos por mes que abonarán directamente los patronos, funcionando también en este caso la escala de concurrencia al trabajo establecida para los subsidios familiares.

ESPAÑA

XIV Congreso Internacional de Actuarios

En el mes de junio de 1954 se celebrará en Madrid el XIV Congreso Internacional de Actuarios.

Los temas que se van a tratar son los siguientes:

1º Condiciones que debe reunir un riesgo para ser asegurable.

2º Reaseguros sobre la vida.

3º Modos de obtener el equilibrio financiero de las Entidades aseguradoras.

I Asamblea General del Instituto Nacional de Previsión

Del 8 al 13 de junio del presente año, se ha celebrado en España la I Asamblea General del Instituto Nacional de Previsión.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Esta Asamblea es, en el Instituto, el Organo superior de carácter político en materia de previsión, y el instrumento a través del cual deben formularse las aspiraciones y propuestas de los diversos elementos sociales de las provincias españolas. Con este carácter fué creada por Decreto de 18 de julio de 1950, siendo ésta su primera reunión que ha comprendido el examen de la obra del Instituto en los períodos de 1951 y 1952.

Las ponencias e informes fueron distribuídos en las siguientes secciones:

Sección 1—Conoció el informe preparado por el Director General del Instituto, señor Jordana de Pozas, sobre: "Los seguros sociales en España durante los años 1951-1952".

Sección II—Dedicada al estudio de la ponencia: "La seguridad social de los trabajadores del campo".

Sección III—Encargada de estudiar la ponencia: "Diversos problemas actuales del seguro de enfermedad y de su plan nacional de instalaciones".

Sección IV—"La aplicación de los seguros sociales en la rama agro-pecuaria y su repercusión económica en el régimen de subsidios familiares y en el seguro de vejez e invalidez".

Sección V—"La indemnización de los casos de silicosis no comprendidos en el seguro de enfermedades profesionales y su repercusión en el régimen general de accidentes del trabajo".

Sección VI—"Racionalización y mecanización de los servicios del Instituto Nacional de Previsión".

Sección VII—Encargada de llevar a la consideración de la Asamblea, las iniciativas más trascendentes y de posible viabilidad inmediata, elevadas por los Consejos provinciales del Instituto.

GRAN BRETAÑA

Jornadas familiares internacionales

El año último fueron celebradas en Oxford, las jornadas familiares internacionales con representación de 28 países. El tema de estudio fué la "estabilidad de la familia". Los informes presentados estudiaron cuatro grupos de factores que intervienen en la estabilidad de la familia: económicos, psicológicos, educativos y espirituales.

Entre los factores económicos fueron considerados como principales: el nivel de vida, la seguridad social, el trabajo de la madre fuera del hogar, el de los menores y de la vivienda.

El tema relacionado con la Seguridad Social, presentó esta protección como la más adecuada para sostener a las familias en un nivel de vida lo más aproximado posible del que tiene un trabajador medio sin cargas familiares. Se destacó entre las prestaciones que se conceden a los trabajadores y sus familiares, el subsidio de vivienda, el seguro de enfermedad, el de maternidad, la asistencia maternal e infantil y los

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

subsidios familiares. Este informe terminó afirmando que el desarrollo de la seguridad social, es en realidad, el de la política familiar, y que no puede separarse de los restantes sectores de la acción política.

HUNGRIA

Protección Materno-Infantil

Por disposición del Consejo de Ministros, se ha adoptado medidas de protección a la maternidad y a la infancia, comprendiendo reconocimiento médico de la gestante, asistencia de parto, descanso postnatal, canastillas variables en su monto por cada hijo y subsidios familiares.

Estos últimos subsidios oscilan entre 37.50 florines mensuales por el segundo hijo y 112.50 por el duodécimo. A partir de este número, el subsidio es de 210 florines por cada hijo más.

Se suprimen los subsidios por la mujer y sólo se conceden por el primer hijo cuando está a cargo exclusivo de la madre, o si cursa estudios o aprendizaje profesional.

Se conceden asimismo subsidios familiares a los trabajadores agrícolas que tengan, por lo menos, tres hijos menores de diez años, a condición de que hayan cumplido en el año anterior 120 unidades de trabajo.

Todas estas mejoras se financiarán mediante un impuesto del 4% de los ingresos y salarios a los hombres de veinte a cincuenta años, a las mujeres de veinte a cuarenta y cinco, que no tengan hijos.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

LEGISLACION SOCIAL PERUANA

Salud Pública y Asistencia Social

EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA ASUMIRA LAS OBRAS DE LAS LAGUNAS DE CHIMBOTE.
D. S. Nº 38 S. P." 24-6-53.

El Ministerio de S. P. se encargará de la conservación y obras en las lagunas de Chimbote, empleando fondos provenientes de la Ley Nº 7696.

SE OFICIALIZA EL II CONGRESO FARMACEUTICO Y BIOQUIMICO
R. S. Nº 87 S. P." 24-6-53.

Da carácter oficial al segundo Congreso Farmacéutico y Bioquímico que se celebrará próximamente en Lima.

NIEGA EXONERACION SOLICITADA POR EL JOCKEY CLUB DEL PERU.
R. D. 3-7-53.

Declara que no ha lugar a la exoneración solicitada por el Jockey Club en relación con los servidores que tienen el carácter de empleados u obreros, y dicta varias disposiciones basadas en lo que prescribe la Ley Nº 11672.

DEJA SIN EFECTO UNA LIQUIDACION PRACTICADA AL BANCO DE CREDITO.
R. D. 27-6-53.

Deja sin efecto la liquidación practicada al Banco de Crédito del Perú, Oficina Principal, con fecha 29-4-53, por concepto de la contribución del 3% establecida por el Art. 6º de la Ley 11672, practicada so-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

bre el monto de las bonificaciones y gratificaciones pagadas a sus empleados y sobre el de los honorarios pagados a profesionales.

AMPLIA LA ESCALA DE CATEGORIAS DE SALARIOS PARA LA FIJACION DE CUOTAS EN EL SEGURO SOCIAL OBRERO.
D. S. Nº 117 "S. P." 7-8-53.

Aumenta en tres Categorías la escala de salarios que fija el Art. 2º de la Ley Nº 11321, y fija el monto de los salarios y cuotas que a ellas corresponden, disponiendo que la cobranza de esas cuotas se iniciará el 4 de enero de 1954.

RECONOCE OFICIALMENTE A LA LIGA PERUANA DE LUCHA CONTRA LA EPILEPSIA
R. M. 125 "S. P." 17-8-53.

Reconoce oficialmente a la Liga Peruana de Lucha contra la Epilepsia, la cual tendrá su sede en Lima y desarrollará sus actividades con arreglo a los estatutos presentados.

EL SUB-DIRECTOR DE ASISTENCIA HOSPITALARIA OCUPARA SU CARGO TITULAR.
R. M. 21-8-53.

El Sub-Director de Asistencia Hospitalaria, Dr. E. Campos Pallete, pasará a ocupar su cargo titular por haber terminado la comisión encargada al Director General de Asistencia Social y Hospitalaria, quien se reencargará de su puesto.

APRUEBA EL REGLAMENTO DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION Y CONTROL DE LOS LABORATORIOS FISCALES DE INDUSTRIALIZACION DE LA COCA.
R. S. Nº 129 "S. P." 21-8-53.

Aprueba el Reglamento del Consejo de Administración y Control de los Laboratorios fiscales de Industrialización de la Coca y derivados, constituído de acuerdo al D. S. de 11-6-53; designa los miembros del Consejo, y precisa las atribuciones de éste y reglamenta sus sesiones.

AUTORIZA EXPROPIACION PARA CONSTRUIR VIVIENDAS EN AREQUIPA
R. S. 22-8-53.

Declara de necesidad y utilidad pública un área de terreno en Arequipa, con frente al Callejón de Umacoyo y cuyos demás límites precisa; de propiedad de la testamentaría Goyeneche; a fin de que el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social construya en él un agrupamiento de casas para obreros y sus familias.

DECLARA SIN LUGAR UNA SOLICITUD DE RECONSIDERACION.
R. S. 22-8-53.

Declara sin lugar la reconsideración solicitada por don Benjamín Pacheco de la R. S. de 28-11-53, que autorizó el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social para efectuar una expropiación de terreno en Arequipa con el fin de construir un agrupamiento vecinal.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

APRUEBA CONVENIO ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y UNA COOPERATIVA NORTEAMERICANA

R. S. 21-8-53.

Aprueba el Convenio suscrito por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Cooperativa for American Remittances to Everywhere Inc. relativo a la provisión de un millón de libras de leche descremada en polvo, que el citado Ministerio distribuirá entre sus servicios destinados a la protección de la madre y el niño, así como a servicios análogos de las Sociedades Públicas de Beneficencia.

APRUEBA LA ADQUISICION DE UN TERRENO PARA EL HOSPITAL DE CHOTA.

R. S. 31-7-53.

Aprueba, ordenando elevarla a escritura pública, la minuta de compra-venta de un terreno en la ciudad de Chota, que completará el área necesaria para la construcción del hospital que, por cuenta de la Beneficencia de Chota, construirá el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social.

Trabajo y Asuntos Indígenas

APLICACION DE LA "POLIZA CAPITAL" EN FAVOR DE LOS EMPLEADOS NO ASEGURADOS.

R. S. Nº 6 D. T. 11-7-53.

Modifica el Art. 66º de la R. S. de 22 de junio de 1928 reglamentaria de la Ley 4916 y sus ampliatorias, en el sentido de facultar a los empleadores a obtener el nuevo tipo de póliza de seguro denominado "Póliza Capital" sin examen médico, a favor de sus servidores, cuando el seguro prescrito en el Art. 3º de la Ley 4916, no pueda contratarse por enfermedad del empleado o por cualquier otra causa.

AMPLIA A DIVERSAS COMPAÑIAS EL SISTEMA DE "POLIZA CAPITAL".

R. S. Nº 7 D. T. 23-7-53.

Incluye en la R. S. Nº 6 D. T. de 11-7-53 a todas las Compañías de Seguros que a esa fecha tuvieron registradas y en vigencia la Póliza de Vida de "Seguro Capital sin Examen Médico", y dispone que en el futuro pueden acogerse a ese régimen todas las compañías de Seguros que deseen establecer este tipo de póliza.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

INFORMACIONES SOCIALES



AÑO VIII Octubre - Noviembre - Diciembre No. 4

Publicación Trimestral de la
Caja Nacional de Seguro Social del Perú

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

INFORMACIONES SOCIALES

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

4

Año VIII — Octubre-Noviembre-Diciembre 1953 — Nº 4

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

SUMARIO

No. 4

Pág.

La Medicina Psicosomática y el Seguro Social, por Carlos Alberto Seguín 3

Algunos aspectos del problema de la vejez en los Estados Unidos, por Clark Tibbitts 10

Vivienda y Salud Mental, por Juan B. Lastres 19

Extracto del Informe de la Misión Conjunta de las Naciones Unidas y los organismos especializados para el estudio de los problemas de las poblaciones Indígenas Andinas 27

Boletín Institucional 42

Información Nacional 50

Información Extranjera 59

Legislación Social Peruana 73

Biblioteca (CNSS) Publicaciones recibidas 77

Año VIII — Octubre-Noviembre-Diciembre 1953 — Nº 4

PUBLICACION TRIMESTRAL

Redacción y Administración

CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

Departamento de Investigaciones Sociales

Av. Nicolás de Piérola Nos. 300 - 312 - 324

Casilla 1311

LIMA **PERU**

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

La Medicina Psicosomática y el Seguro Social

Por CARLOS ALBERTO SEGUIN.
Médico Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima

La característica más interesante de la medicina moderna es la aparición de la tendencia llamada psicosomática. Se trata, en realidad, de un nuevo enfoque que pone énfasis en el aspecto psicológico, en la consideración de los factores espirituales en relación con la enfermedad.

Hasta hace muy poco la medicina, influída por las conquistas maravillosas de las técnicas de laboratorio y de la experimentación, había considerado al ser humano como una máquina más o menos perfecta y a la enfermedad como un desarreglo de esa máquina que el técnico debería reparar. Así se estudió, con mayor precisión y finura cada vez, el funcionamiento de los órganos y sistemas y se trató de llevar la medicación específica que reparara los daños causados por la enfermedad y permitiera el funcionamiento perfecto de la máquina arreglada.

Este punto de vista ha sido, indudablemente, fructífero. Ha permitido a la medicina un avance incomparable en los últimos años y la ha dotado de armas terapéuticas realmente poderosas. Pero, al mismo tiempo, le ha hecho perder sus perspectivas humanas. El médico de siglos anteriores era, además de un técnico, un humanista que trataba de comprender los problemas espirituales de sus pacientes y de ponerles el remedio que en sus manos estuviera. La figura del médico de familia, formando casi parte de la familia misma; consejero, confesor y padre espiritual, ha desaparecido para ser reemplazada por el especialista que posee, indudablemente, un muchísimo más vasto arsenal técnico, pero que se ha alejado del ideal de sacerdocio y redención que estaba implícito en la figura del médico de antaño.

Pero no es solamente este punto de vista sentimental o humanitario el que ha sido renovado con la aparición en la medicina de hoy de nuevas tendencias y orientaciones modernas. Una serie de enfermedades habían resistido a la técnica y el profesional se encontraba ante ellas po-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

co menos que desarmado. Por otra parte, aún las dolencias que creía conocer perfectamente lo sorprendían de pronto con resultados inesperados o con fracasos inexplicables que parecían negar la certidumbre de sus principios científicos y la infalibilidad de sus fórmulas lógicas.

Y es que el médico se había olvidado, en realidad, de que no arreglaba máquinas descompuestas, sino que trataba a seres humanos con toda la complicada urdimbre de su psicología, con los imponderables factores psicológicos, familiares y sociales que intervenían, a veces en una forma determinante, en la aparición, evolución o curación de las enfermedades.

Nació en nuestros días, quizás como producto mismo del avance científico, o quizás como compensación al enfoque exageradamente materialista, lo que se ha llamado la Medicina Psicosomática y que nosotros preferimos llamar **tendencia psicosomática en la medicina.** Se trata de integrar la visión del hombre; de, sin descuidar los maravillosos avances técnicos logrados, completarlos teniendo en cuenta el otro aspecto del ser humano, su aspecto psicológico; se trata, en otras palabras, de que el médico enfrente a su paciente, no sólo como a un conjunto de órganos que marchan mejor o peor, sino como a un ser humano que reacciona con toda su integridad psicofisiológica frente al asalto de la enfermedad.

En este artículo no vamos a ocuparnos, por supuesto, de toda la trascendencia que en la historia de la medicina ha tenido este movimiento y de todos los progresos teóricos y prácticos que han sido su consecuencia. Queremos enfocar esta evolución desde un punto de vista pragmático y estadístico y probar de esa manera que no se trata solamente de una vacía discusión teórica o una exposición más o menos vaga de principios filosóficos, sino de un punto de vista lleno de aplicaciones prácticas y de fructíferas posibilidades médico-sociales.

Hace mucho tiempo que en nuestro Servicio del Hospital Obrero de Lima venimos aplicando los principios de la nueva Medicina Psicosomática y creemos haber contribuído en diferentes formas al progreso de este nuevo aspecto de la ciencia de curar. Nos ha interesado también la aplicación de los principios básicos a la realidad de todos los días y el primer resultado de esa aplicación es el que trataremos de explicar brevemente en este artículo

Hace algunos años, en el afán de distinguir las personas que eran más predispuestas a las reacciones psicosomáticas, es decir, aquellos asegurados en los que los factores psicológicos o emocionales constituían una parte más importante en el determinismo de su enfermedad, creamos un test especial para descubrirlos. Se trata de una serie de preguntas que deben responderse y que ponen en evidencia mecanismos de alteración neurovegetativa, fenómenos en relación con actitudes y capacidad de adaptación frente a la vida, deficiencias en la evolución normal de los instintos, estabilidad emocional y síntomas de enfermedad nerviosa. Este

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

cuestionario fué sometido, para probar su validez, a las pruebas estadísticas que en estos casos se emplean.

La aplicación dió resultados verdaderamente interesantes. Se pudo distinguir claramente un grupo, que reunía a los individuos con menos de diez respuestas positivas al test, grupo que consideramos más o menos normal y otro, de los que tenían más de 25 respuestas positivas, que consideramos "predispuesto a reacciones psicosomáticas" es decir, formado por individuos cuyas características psicológicas los predisponen a reaccionar frente a la vida, no sólo frente a los acontecimientos de ella, sino frente a las causas de enfermedad, en una forma netamente distinta de los anteriores.

Una vez separados estos dos grupos, quisimos completar el trabajo por medio de un estudio estadístico que nos parecía demostrativo.

Para ellos tomamos los 400 obreros de una fábrica, sin ninguna elección y, después de clasificarlos según el número de sus respuestas al test, los dividimos en dos grupos bien diferenciados: el primero, era el de los obreros que representaban diez o menos respuestas positivas y el segundo, el de los que presentaban 25 o más respuestas positivas al test. Separados en esta forma, tratamos de estudiarlos para ver si esta predisposición a reacciones psicosomáticas se traducía en alguna forma frente a la realidad de su atención en el Hospital Obrero del Seguro Social.

Para ello los comparamos en cuanto a morbilidad, es decir a la proporción de sujetos en cada grupo que enfermaba y a las características que presentaban cuando estaban enfermos, y procedimos a revisar cuidadosamente los registros del Hospital Obrero buscando los siguientes datos: a.—Porcentaje de sujetos que han enfermedado en ambos grupos; b.—Número de análisis de laboratorio y exámenes radiológicos requeridos y c.—Días de hospitalización que habían tenido los individuos de los dos grupos diferentes.

Resultados

Los resultados de esta investigación estadística están expuestos en los cuadros adjuntos. En ellos se clasifica como grupo A el correspondiente a los sujetos con 1 a 10 respuestas positivas y como grupo B al de los que tuvieron más de 25 respuestas positivas. La distribución de los individuos en estos grupos es ya bastante demostrativa. En el grupo A tenemos 155 sujetos, es decir el 39.5% y en el grupo B hay 19 sujetos, con un porcentaje de 4.9.

El siguiente dato interesante es el del número de individuos que enfermaron en ambos grupos durante el tiempo de observación. Para este estudio nos hemos servido de los registros del Hospital Obrero en el que, como dijimos, se atienden todos los asegurados, es decir toda la población obrera de la capital peruana. El 55.4 % de los sujetos del primer grupo ("normales" desde el punto de vista de nuestro test) tiene historia clíni-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ca en el Hospital, lo que quiere decir que ha sido atendido en alguna oportunidad por enfermedad. El 68.4 % del segundo grupo (los "predispuestos a reacciones psicosomáticas") se encuentra en iguales condiciones. La morbilidad ha sido, pues, mayor en los segundos.

El cuadro siguiente nos muestra el número de análisis de laboratorio que necesitó cada grupo:

	Grupo A	Grupo B
Número de análisis necesitados	217	71
Número de análisis por sujeto	1.4	3.7
Número de análisis por enfermo	2.5	5.4

Este cuadro nos muestra que los sujetos predispuestos a reacciones psicosomáticas han necesitado en conjunto tres veces más análisis de laboratorio que los "normales". Esto se ve aún más claramente cuando, en lugar de tomar los porcentajes totales se buscan considerando solamente los que en cada grupo estuvieron enfermos. Tenemos entonces, para el grupo A 2.5 y para el B 5.4.

He aquí el número de estudios radiológicos necesitados en ambos casos:

	Grupo A	Grupo B
Número de radioscopías	55	19
Número de radioscopías por sujeto	0.35	0.63
Número de radioscopías por enfermo	0.63	0.92
Número de radiografías	11	3
Número de radiografías por sujeto	0.07	0.15
Número de radiografías por enfermo	0.12	0.22

Puede también apreciarse la diferencia neta entre los dos grupos.

Por último, véase el contraste en cuanto a los días de hospitalización necesitados:

	Grupo A	Grupo B
Total de días de hospitalización	511	128
Días de hospitalización por sujeto	3.3	6.7
Días de hospitalización por enfermo	5.9	9.8

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Comentarios

Los cuadros expuestos no necesitan, en realidad, gran discusión. Nos parecen claramente demostrativos. Prueban que, en igualdad de condiciones, los individuos que presentan predisposición a reacciones psicosomáticas se enferman en mayor número y, cuando lo hacen, exigen una atención mayor de los servicios hospitalarios, atención que se refleja en el número de análisis de laboratorio necesitados, en el número de radioscopías y radiografías hechas y, por último, en el número de días de hospitalización.

Podría hacerse una objeción seria a todo este resultado estadístico y es la de que, para que su validez fuera confirmada, es indispensable que, en ambos grupos, el tiempo desde el cual los obreros tenían derecho de atenderse en el Hospital fuera equivalente.

Para averiguar ese dato tan interesante hemos recurrido a los archivos de la Caja Nacional de Seguro Social de Lima, registrando la fecha de aseguramiento de los obreros. Este estudio nos ha llevado a una confirmación, no por esperada, menos brillante, de los primeros resultados. El promedio de tiempo, desde el momento en que comenzó el seguro a hacerse efectivo, es de 46.5 meses en el primer grupo y de 28.5 meses en el segundo. Quiere decir, pues, que, en la mitad del tiempo, los obreros con predisposición a reacciones psicosomáticas han utilizado doblemente los servicios del Hospital, lo que nos permitiría **grosso modo** multiplicar por dos las diferencias expuestas anteriormente.

No es necesario destacar la importancia de estos resultados. Queremos objetivar esa importancia con una comparación muy sencilla. Si conocemos los días de hospitalización que cada uno ha tenido, podemos fácilmente tener un índice del costo para el Seguro Social de cada uno de ellos .He aquí un cuadro del costo en soles peruanos por día de atención hospitalaria de los enfermos desde 1945 a 1951:

1945	11.65 soles por día
1946	10.14
1947	12.99
1948	14.22
1949	19.70
1950	23.18
1951	31.75

Si tomamos el promedio general de 17.75 soles por día de hospitalización y lo relacionamos con los resultados promedios obtenidos tendremos que los sujetos del grupo A., es decir los considerados normales, cuestan al Seguro Social un promedio de 3.3 días de hospitalización por asegurado, lo que, traducido al costo, sería la suma de 58.57 soles, mientras que cada asegurado del grupo B, es decir los predispuestos a reacciones psicosomáticas tiene un promedio de 6.7 días de hospitalización, cuyo costo sería de 118.92 soles. Estas cifras nos parecen elocuentes y demostrativas puesto que se trata de más del doble, siendo que en ellas no

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

está incluído sino el costo de la estancia hospitalaria y no los subsidios que se paga a los asegurados ni, por supuesto, lo que significa la pérdida de tiempo en el trabajo.

Creemos que estos resultados son definitivos. Nos enseñan cómo no es solamente decisivo, para enfrentar la atención de los asegurados, su enfermedad o su predisposición a enfermedades físicas, sino también, y de una manera verdaderamente importante, el modo, como reaccionan psicológicamente frente a la vida. Quiere decir que los sujetos con predisposición a reacciones psicosomáticas enferman más fácilmente, y, cuando enferman, necesitan más atención y más gasto de la entidad aseguradora que los considerados normales. Ello se traduce, por lo tanto, en desventajas, no sólo para el individuo sino también para la sociedad en que este individuo mora. Además de los factores de infelicidad e incapacidad de adaptación normal a su medio, a su familia y a su trabajo, el hombre predispuesto a las reacciones psicosomáticas significa una carga pesada para la sociedad y para la organización de seguro que lo proteje. Estos individuos son, pues, malos riesgos y una política sabia debería ser dirigida, no sólo al tratamiento de los transtornos que ellos presentaran, sino a la prevención de ellos actuando sobre los factores de desequilibrio psicosomático que determinan esa predisposición.

Se desprende de este estudio estadístico que, desde el punto de vista del planeamiento de los seguros, un factor ha sido descuidado y puede ser la causa del fracaso de muchos cálculos por otra parte magníficamente hechos. No puede tratarse al hombre como a una máquina. Sus características psicológicas, sus reacciones espirituales son importantísimas en la salud y en la enfermedad y un planeamiento verdaderamente bien orientado debe tomar en cuenta todos los factores, ya que el descuido de alguno de ellos como, en este caso, las reacciones psicológicas y psicosomáticas de los individuos, determina una falla grave que puede traducirse en el fracaso de muchas medidas que, por otra parte, pueden parecer perfectas en cuanto a seriedad de orientación y precisión de cálculos.

CONCLUSIONES

1.—El avance más importante de la medicina moderna se refiere a lo que se conoce con el nombre de Medicina Psicosomática y que nosotros preferimos llamar "tendencia psicosomática en la medicina". Se trata de que, sin descuidar los factores materiales en la salud y en la enfermedad, se tomen en cuenta también los aspectos psicológicos y sociales de cada uno de los pacientes.

2.—Esta consideración, que a primera vista, parece de valor puramente teórico, tiene, sin embargo, una importancia práctica definitiva. El estudio que exponemos en este artículo prueba claramente ese punto de vista.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

3.—Se ha aplicado un test de predisposición a reacciones psicosomáticas a 400 obreros, toda la población masculina de una pequeña fábrica de Lima, sin discriminaciones de ninguna clase. Este test, probado estadísticamente con anterioridad, nos permite separar dos grupos netamente diferenciados. El primero de individuos normales y el segundo de individuos predispuestos a reacciones psicosomáticas, es decir, que tienen una tendencia a reaccionar a los factores psicológicos en una forma más intensa que el grupo anterior.

4.—Se ha estudiado luego comparativamente, en ambos grupos, el número de obreros que necesitaron atención en el Hospital Central del Seguro Social de Lima, encontrándose una neta diferencia, puesto que en el grupo "normal" (grupo A) necesitaron dicha atención el 55.4 por ciento, mientras que en el segundo (grupo B) la utilizaron el 68.4 por ciento.

5.—Los sujetos que recibieron atención en el Hospital Obrero se diferencian también netamente. Los del grupo A necesitaron menor número de análisis de laboratorio (1.4 por asegurado, frente a 3.7 del grupo B), menor número de radioscopías (0.35 por asegurado, frente a 0.73); menor número de radiografías (0.007 por asegurado, frente a 0.15). Necesitaron también menor número de días de hospitalización: 3.3 por asegurado, frente a 6.7 del grupo B.

6.—Estas cifras objetivan la diferencia de rendimiento y la diferencia de utilidad social de estos dos grupos, diferencias que pueden hacerse visibles usando como índice el costo para el Seguro mismo de cada uno de los obreros así estudiados. En el primer grupo, el de los individuos considerados como normales, el costo por asegurado entre los años de 1945 a 1951, costo exclusivamente de hospitalización, es de 58.57 soles, mientras que el grupo B, el grupo de los individuos predispuestos a reacciones psicosomáticas, el costo por asegurado fué de 118.92.

7.—Creemos que estos resultados estadísticos tienen valor, no sólo en el sentido teórico de demostrar cómo la predisposición a reacciones psicosomáticas influye poderosamente en la morbilidad del individuo, sino al hacer patente la necesidad de aplicar los conocimientos psicosomáticos al manejo del Seguro Social, en el sentido de discriminar los individuos predispuestos y encarar una acción preventiva que ahorrará no sólo gastos a la institución, sino pérdida de energías y disminución del rendimiento de los obreros de quienes se trata.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Algunos aspectos del problema de la vejez en los Estados Unidos

CLARK TIBBITTS, Presidente de la Comisión de Vejez y Geriatría Departamento de Salud, Educación y Bienestar Público de los EE. UU.

A través de nuestra comisión de Vejez y Geriatría, Departamento de Salud, Educación y Bienestar Público, estamos al tanto de un desarrollo notable en estos dos campos a través del país. Les puedo decir que hay un despertar de la conciencia pública y existe un fermento de actividad en cientos de comunidades americanas que están tratando de enfrentarse a este nuevo problema de la vejez.

Aunque se están probando diferentes soluciones, demasiada actividad está basada, proporcionalmente, en el concepto de la vejez como un período de deterioración lenta, disminución de intereses, y retiro.

Hay otro concepto de la vejez, y esto es lo que quiero plantear. La vejez representa un éxito de la civilización científica. Representa un nuevo estadio de la vida, al cual daremos buena acogida cuando sepamos ver su verdadera naturaleza, reconocer sus posibilidades y oportunidades, y hacerle un ajuste social apropiado.

Considerándolo en su perspectiva correcta, la vejez es el resultado de dos objetivos: extensión de la vida, y aligeramiento del trabajo para ganarse la vida. Todos aquí saben que hoy ya no somos viejos a los 45 ó 50. Una persona de 50 años de edad, puede hoy contar con 25 años más. Un cuarto de nuestra población total, y un 40% de nuestros adultos han pasado esta edad ,y esta proporción aumenta diariamente. El porcentaje de defunciones en las edades mayores cae rápidamente. Se considera que el promedio de años de vida aumentará de 5 a 10 años durante las 2 ó 3 décadas siguientes.

Esto es el hecho demográfico fundamental acerca de la vejez. Me gustaría referirme ahora a un aspecto sociológico: que estos años adicionales representan una extensión de la vida más allá del período de pro-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

creación. La función tradicional de los adultos jóvenes en nuestra sociedad ha sido de reproducir la especie y luego desaparecer. En tiempos pasados, aquellos que sobrevivían el período de la crianza de los niños se empleaban en la economía doméstica del período de la artesanía.

Esto ya no sucede. La familia de generación intermedia en la sociedad industrial ,tanto urbana como rural, es una unidad independiente. Como familia no necesita de la generación anterior. Esta separación gradual de las generaciones es un hecho fundamental de la sociedad moderna, teniendo la fuerza de una ley natural. Es importante recordarlo en la determinación de la política de bienestar público.

Así, la vejez puede considerarse como el cumplimiento de un rol social y la disponibilidad del individuo para nuevas actividades y tareas humanas.

Un segundo factor de la vejez surge de la misma matriz científica. Es el aligeramiento progresivo de la lucha para el sustento. Nuestros abuelos de hace 100 años pasaban la mayor parte de su tiempo luchando para sobrevivir. Hoy, la mecanización y el empleo de la energía eléctrica han facilitado el trabajo y nos han dejado más de la mitad de nuestro tiempo para el descanso. Muchos hombres parecen innecesarios en la economía productiva. Hemos retrasado la edad de comenzar a trabajar, y retiramos muchos que aun pueden trabajar.

Aquí también estamos en una progresión. Ya estamos hablando de la semana de 30 horas, y los del campo de la energía atómica de la de 20 horas. Y también, la proporción de obreros de edad sin empleo está aumentando.

Así, mientras no haya cambios bruscos, podemos ver la vejez como un nuevo período de la vida, que se inicia en la década de los 45 a 55 años, con mayor libertad, y con responsabilidades económicas y familiares restringidas.

Es importante notar que este período viene después del punto máximo de la capacidad física y fisiológica, pero antes de ser sensible su disminución. Los mismos factores que alargan el tiempo de vida, disminuyen la velocidad de los procesos fisiológicos del envejecimiento. Gran parte del desgaste que vemos hoy se debe a enfermedades. Esta conferencia empleará por lo menos la mitad de su tiempo considerando métodos para prevenir la enfermedad y a la restauración de aquellos que caen víctimas de ella. En otras palabras, consideraremos los medios para mantener el vigor del adulto joven en los años avanzados. Estamos en verdad, esperando el día en que se podrá vivir una edad avanzada sin experimentar los efectos severos de la enfermedad y de la deterioración.

Es importante también notar que estos cambios en el rol social ocurren antes de que alcancemos nuestro máximo poder mental. La capacidad psicológica total es un complejo de muchos rasgos y capacidades diversas. Hay alguna disminución en el tiempo de reacción, capacidad sen-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

sorial, velocidad de aprendizaje, etc. pero hay un incremento de eficiencia, aprovechamiento de lo aprendido, y experiencia acumulativa. Así, podemos decir que la capacidad para relacionar información y para juzgar no es nunca tan grande como a los 50 ó 60 años.

Considerando la vejez con estos factores adicionales, la podemos ver como un nuevo período de la vida, un período de madurez psicológica y social. Al cruzar el umbral, encontramos la oportunidad para una autoexpresión y un desarrollo mental continuados. Es un período caracterizado por la expansión, antes que por la contracción de los intereses. Por vez primera, tenemos la oportunidad para la expresión creadora, y para el goce completo de las múltiples experiencias y satisfacciones que nos ofrece nuestra cultura.

Desde el punto de vista social, las implicaciones pueden considerarse hasta mayores. Las personas de edad de nuestra población representan un vasto potencial de personas con años y experiencia, las que disponen de gran cantidad de tiempo, el que podría ser dedicado a la enseñanza de los deberes cívicos y al bienestar de la población. En efecto, este elemento de la población puede ser lo que hemos buscado para solucionar nuestros más difíciles problemas sociales, y tener la capacidad suficiente para asumir la dirección mundial.

En mis visitas a diversas partes del país este año, me ha asombrado la gran cantidad de personas de edad dedicadas, con éxito, y satisfacción, a una gran variedad de actividades comunales.

El otro aspecto de la vejez

Lo que he descrito no es el concepto corriente o popular de la vejez; este no toma en cuenta hechos importantes de la situación. No les he referido todos los aspectos, y sería mentira afirmar que lo hice.

La mayoría de nosotros no anticipa estos años con gusto. Los vemos como un período de declive, de disminución de intereses, de retiro gradual, senilidad, dependencia e incompetencia. Las razones de esta perspectiva desalentadora son varias, y tiene tanta importancia como la pérdida gradual de la reserva de energía en la vejez biológica.

El primer factor es la actitud social. En otros tiempos, cuando no se gozaba de tan buena salud, y el trabajo era más pesado, se tendía a considerar el abuelo, o la persona de 45 a 55 años como ser viejo y acabado. Y en cierto sentido, así era. Mejoras en la salud nos permite conservar bastantes fuerzas a través de los 60 y aún más allá, pero se ha conservado en gran parte este concepto de temprana decadencia. La encontramos en la discriminación en el empleo para el trabajador de más de 45 años, en el estímulo para que la gente de edad deje los puestos de responsabilidad, en nuestra creencia que las personas de edad son incapaces de aprender, y en nuestra tendencia a proveer administración protectiva para ellos.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

El segundo factor es la falta de oportunidad y de reconocimiento para con los nuevos papeles sociales que reemplazan aquellos que ya se completaron. En nuestra sociedad hay una necesidad fundamental de actividad y de sentimiento de su propia utilidad. Esta necesidad probablemente tienen bases tanto biológicas como sociológicas. ¿Cuáles son los papeles de aquéllos que fueron anteriormente padres y obreros?

Así, mientras la liberación de las responsabilidades familiares y del trabajo es oportunidad, es también el fin de la utilidad. Este es uno de los grandes problemas entre la gente de edad. Encuentran pocas oportunidades para contribuir activa y útilmente en su comunidad, y por ende, se ven imposibilitados de llenar una necesidad fundamental que les daría cabida entre los demás.

Otro problema bastante relacionado al anterior es la pérdida de contactos sociales. El alejamiento de los hijos representa la pérdida de una fuente de afecto y de compañerismo y del sentirse querido. Esto se ve agravado por la incidencia de la viudez que aumenta rápidamente empezando en la década de los 45 a 55 años. Esto es un problema mayor para las mujeres que para los hombres, porque las mujeres se casan antes que los hombres, y tienen más o menos 5 años de vida más que los hombres.

Otro factor desagradable de la vejez son las entradas reducidas. Creo que hemos insistido demasiado en la reducción de las necesidades financieras de la gente de edad. Es cierto que estas entradas reducidas mantendrán la vida orgánica. Pero esto no es vida. Millones de personas de edad se ven mantenidas en estado de malnutrición y privados de contacto sociales porque no tienen medios suficientes para permitirles seguir viviendo vidas normales.

La pérdida de la salud es otro factor más. Las enfermedades de larga duración aumentan en proporción con el incremento de los años y muchas de ellas constituyen serios frenos a nuestra actividad. Supongo que la mayoría de estas enfermedades son reales. Pero hay indicaciones que buena parte de ellas se originan en situaciones sociales. Muchas personas de edad se concentran en su estado físico simplemente porque no tienen otra cosa en que concentrarse. Otras tienen una necesidad inconsciente de estar enfermas para obtener la atención y la afección que suponen debe darse a una persona enferma. La investigación y la experiencia clínica en todo el país han demostrado sin lugar a duda, que cientos de personas están prematuramente deterioradas y seniles por falta de actividades.

Esto es, en resumen, el otro aspecto de la vejez. Es real. Representa una carga social. Mientras algunos de los cambios en nuestra situación son inevitables y deben aceptarse, es cierto también que gran parte de los problemas presentados por la vejez derivan del que no hemos encontrado nuevos deberes y responsabilidades para aquellos que han perdido los de su adultez. Muchos de nuestros mayores no tienen hoy "raison d'être".

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

La consecuencia es que tenemos una gran población de viejos, solitarios que se sienten indeseados, perplejos en sus papeles y relaciones familiares, frustrados en sus esfuerzos para satisfacer sus necesidades, viviendo en el pasado, viejos prematuramente. No quieren ser una carga para sus hijos pero no saben como evitarlo.

Por estas circunstancias, son una preocupación para sus hijos y su presencia hace aparecer un sentimiento de culpa. Enfrentados con el prospecto de una dependencia creciente, la sociedad también ha de preocuparse.

Estamos entonces frente a la alternativa: podemos aceptar el concepto de decadencia y anticipar una población creciente de dependientes medicinales, sociales y financieros, insatisfechos porque sus necesidades normales no se ven colmadas; o podemos ver a la edad como un nuevo período de crecimiente y desarrollo — una oportunidad para un crecimiento y desarrollo continuos, por medio de un mayor aprovechamiento de la cultura y por la apropiación de responsabilidades mayores que en los períodos anteriores de la vida.

Pero se me plantea un problema. Esta es una conferencia de acción. Estamos aquí para discutir programas y vías de acción en los campos de la Vejez y de la Salud; pero he empleado más de la mitad del tiempo que me fué concedido, desarrollando dos ideas o conceptos de la vejez. Hice esto porque creo que la amplia comprensión del problema es fundamental para el programa que vamos a desarrollar.

Me gustaría contarles de las cosas que ocurren en el país. Son numerosas e interesantísimas. Es más importante, sin embargo, preparar las reuniones parciales que han de seguir y en las que todos tomaremos parte y desarrollaremos nuestras ideas. Así es que tomaré el tiempo solamente para dar unos pocos delineamientos generales o temas de trabajo.

El Reto Mayor.

El problema más importante, es el de crear un ambiente favorable a una vida que lleva a la participación contínua y al desarrollo personal. Quiero hacerles recordar que cuando hablamos de este ambiente hablamos de nosotros mismos y del medio en el cual deseamos madurar y envejecer.

¿Cómo podemos conseguir este ambiente? No lo sé. Es un campo de estudio demasiado nuevo. No lo hemos estudiado aún bastante. Existen algunos bosquejos y estos son los que vamos a explorar. Es la posibilidad de identificar estos bosquejos y completarlos en sus detalles que da tanta importancia a nuestras reuniones parciales. Me parece que hay que lograr estas condiciones si queremos dar significado y satisfacción a los años de madurez.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Roles sociales útiles.—El primero de éstos y quizás el más importante, es la necesidad de conocimiento de campos de actividad o roles sociales que han de reemplazar los trabajos y roles que se completan, al llegar a cierta edad. Veo que existen cuatro posibilidades: (1) ocupación en la estructura ocupacional existente, (2) empleo en nuevas ocupaciones que llenan los requisitos de una población de edad madura, (3) actividad creadora, y (4) servicio social voluntario.

(1) **Empleo ininterrumpido.**—El dejar trabajar al obrero viejo en su empleo actual, está recibiendo bastante atención. Empezamos a darnos cuenta de que las fuerzas de trabajo están envejeciendo, y que no podemos mantener nuestra productividad o nuestra economía, sin la contribución de muchos hombres y mujeres de más de 50 años de edad. Estamos reconociendo también la carga potencial que significaría el sustento de una gran población en la ociosidad y consecutivamente la importancia de habilitar la mayor cantidad posible de ellos para vivir por su propio esfuerzo.

Existen pruebas de que la costumbre de retirar obreros sólo por haber alcanzado cierta edad, se está abandonando. Esto es bastante alentador y debemos esforzarnos para desarrollar criterios que han de permitir al trabajar y al patrón, decidir cuando estén indicados el retiro o el cambio de ocupación.

Algunos establecimientos están modificando los requisitos de diferentes trabajos para poder conservar los obreros mayores y más experimentados. Otras clasifican sistemáticamente los empleos y reservas para los empleados de edad, aquellos para los cuales son más adecuados.

Menos progreso se ha alcanzado en la creación de nuevos empleos, para aquellos obreros de edad que se encuentran sin ocupación por una u otra causa. Hay lugares en el país donde se ataca sistemáticamente este problema, y hay patrones que lo están reconociendo. Existen cierta cantidad de casos en los cuales los patrones han reconocido las verdaderas cualidades de sus trabajadores viejos y las toman en cuenta.

(2) **Nuevas ocupaciones.**—Se empieza a reconocer que se habrían de proveer trabajos pagados adicionales, para enfrentarse a las necesidades de una población que envejece. Estos incluirán: consejeros de salud, personalidad y vocación; diversos arreglos de vivienda; recreación; centros educacionales; ayuda en economía doméstica y preparación de alimentos; rehabilitación física y servicios religiosos. La mayoría de estas ocupaciones no son nuevas pero sugiero una expansión considerable en el futuro. Es evidente también, que la mayor parte de estas ocupaciones pueden ser desempeñadas ventajosamente por personas de edad madura o avanzada.

(3) **Actividad Creadora.**—Otro campo de actividad es el trabajo creador, en las artes finas y trabajos manuales. Cierto número de proyectos han ido más allá del estadio experimental. Se alienta a las personas de edad a dedicarse a las artes manuales; algunos centros de actividades tiene ta-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

lleres, numerosos clubs tratan de introducir esta clase de actividades. Algunos de estos proyectos se transforman en fuentes de ingresos adicionales.

(4) **Servicio Voluntario.**—Los servicios voluntarios representan otra manera de encontrar actividades útiles y que llenan de satisfacción. Se ha sugerido que la conducta normal del individuo en el período post-reproductivo se basa en un esfuerzo para conservar las normas y la estabilidad para la nueva generación a través del trabajo para la comunidad. Es bien sabido que el tiempo, la sabiduría y el esfuerzo de muchos adultos maduros puede dedicarse efectivamente a servicios sociales de importancia.

Son buenas estas cuatro vías, porque proporcionan la satisfacción, de sentirse útil, la actitud necesaria, los contactos sociales y la posibilidad de permanecer sanos y despiertos.

Nuevos valores sociales

La siguiente condición que deseo plantear es la necesidad de una nueva actitud y nuevos valores sociales. Debemos ahora aceptar el nuevo concepto de la edad, reconocer la conservación del vigor físico y la capacidad de mantener la función mental en un nivel alto, y que la capacidad de aprendizaje se mantiene hasta una edad muy avanzada.

Además deberemos revisar nuestro sistema de valores sociales. En nuestra cultura nos hemos dedicado a la producción; esto era necesario para poder sobrevivir y para permitirnos alcanzar el nivel de vida que buscábamos. Ahora nos amenaza la sobre-producción, mientras que mucha gente, en especial nuestros viejos, está necesitada.

Tenemos que aprender a consumir, a distribuir y a disfrutar de aquellas capacidades de producción y de la cultura que hemos creado. No se trata sencillamente de la distribución de bienes y servicios. Implica también consumo, en forma de participación en actividades creadoras en el servicio cívico. E implica que recibiremos una posición en la familia y en la comunidad para estas actividades, tal como, en años anteriores, lo recibimos por nuestra contribución como padres y por nuestro trabajo productivo básico.

Servicios comunales

La tercera condición es la creación de una constelación de servicios comunales adecuados a las necesidades de los adultos maduros. Estos servicios serán de dos clases. La distinción que voy a hacer puede no parecer muy clara, pero la considero importante.

Primero, deben existir facilidades y oportunidades para personas normales, sanas, independientes, que son capaces y deseosas de mantener este estado de cosas. Así, deben existir oportunidades de trabajo, con-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

sejeros vocacionales, educación para adultos, recreos, oportunidad ininterrumpida para la expresión religiosa, la oportunidad de conservar la salud, centros sociales o de actividades, vivienda adaptada especialmente a sus necesidades. Estas deberán ser facilidades comunales convencionales, establecidas sobre las mismas bases que los terrenos de juego (parques infantiles), escuelas, exámenes médicos escolares, etc., para niños normales. Se establecerán de modo de llenar los requisitos de adultos en una nueva fase de su vida. Es cierto que debido a los ingresos relativamente bajos de la gente de edad, muchos de estos servicios tendrán que ser creados sobre una base comunal, pero esto no es sino otra faceta de la distribución de nuestra rica producción.

Luego, se necesitan servicios para los verdaderos viejos, los desviados, quizás entre los maduros. Muchos de nosotros seremos inválidos, o las víctimas de algún impedimiento, o enfermedad de larga duración. Muchos de nosotros nos aislaremos socialmente por la incapacidad de formar nuevos contactos sociales. Muchas personas de edad hoy en día, no saben como participar en estas nuevas actividades sin que se les enseñe a hacerlo. Por lo tanto, se necesitarán hospitales, casas de convalescencia, programas de ayuda casera, casas para ancianos, talleres adecuados, servicios domésticos y visitantes amistosos.

Las facilidades necesarias son muy variadas. Traté de colocarlos en dos categorías con una finalidad. Muchos de nosotros tienden a conservar el antiguo concepto de la edad, y pensamos que estas facilidades han de desarrollarse para viejos semi-inválidos, decadentes. Necesitamos más facilidades para aquellos que no son imposibilitados y qué pueden encargarse de sus situaciones, y que lo harán cuando existen las facilidades para hacerlo. Se necesitan ambas clases de servicios.

Conclusiones

Hemos dado un vistazo a dos conceptos de la vejez. Desearíamos evitar el uno; el otro es de experiencias nuevas y apremiantes. He sugerido las condiciones necesarias si hemos de obtener la vejez que deseamos. Debe existir la oportunidad para actividades significativas y contactos sociales interesantes.

Consecuentemente con las verdaderas posibilidades e intereses de los adultos maduros, y para dar reconocimiento y cabida a nuevos campos de actividad como lo son, la actividad creadora, y el servicio voluntario, tendremos que revisar nuestro sistema de actitudes y valores sociales.

Tendrán que desarrollarse facilidades y servicios en cada comunidad americana — facilidades que permitirán a las personas normales de edad llenar sus necesidades y resolver sus problemas como miembros independientes de la sociedad; y servicios para ayudar a aquellos que por largas enfermedades, aislamiento social o dependencia económica están en vía de perderse.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Necesariamente tendremos que prestar gran atención a este nuevo período de la vida y tendremos que traer bastante ingeniosidad a sus problemas si hemos de conseguir el ambiente que buscamos. Algunos piensan que al hacerlo alejaremos aún más a los viejos de la corriente de la vida, que empeoraremos la tendencia actual de segregación y de dependencia social. No comparto esta opinión. No ha sido esto nuestra historia. En el pasado, nos hemos ocupado de los niños, de los incapacitados, de los grupos minoritarios. Lo hicimos para conseguir su integración al resto de la comunidad, y en general lo hemos logrado. Lo mismo ocurrirá con nuestra nueva generación — nuestros adultos maduros. La última mitad del siglo deberá ser conocida por el éxito de nuestros esfuerzos al enfrentarnos al reto de la Vejez en la Vida Americana.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Vivienda y Salud Mental

Por el Dr. Juan B. Lastres
Delegado de la Academia Nacional de Medicina, ante la Corporación Nacional de la Vivienda.

Con ocasión de la acertada política del actual Gobierno, de mejorar y aumentar las viviendas para así robustecer la salud del pueblo, se han inaugurado sucesivamente Grandes Unidades Vecinales, que representan un admirable esfuerzo de técnica arquitectónica y de ingeniería sanitaria. La Corporación Nacional de la Vivienda y el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, son los organismos que colaboran eficazmente, con las directivas gubernamentales de "Salud, Educación y Trabajo", entregando a la colectividad, viviendas cómodas higiénicas y baratas. Todo ello mejora sin duda la higiene urbana y la individual, haciendo desaparecer o amortiguar a favor de las mejores condiciones de vida, los grandes flagelos que desde siempre han afectado a la colectividad, a la cabeza de ellos la tuberculosis y muchas otras enfermedades generadas por la promiscuidad, mala alimentación, etc.

Hace precisamente un año, me ocupé en forma fragmentaria de este problema socio-económico-higiénico, y hablé de la obra que silenciosamente viene desarrollando la Corporación Nacional de la Vivienda, que ha entrado en su sexto año de vida y que ya tiene en su haber, una buena labor cumplida, gracias al apoyo económico que le presta el Gobierno.

Esta Institución construye actualmente, además de la Gran Unidad Matute con capacidad para 6,000 personas (cuando esté terminada), los Centros Climáticos de Esparcimiento, en Huampani (Chaclacayo), donde se podrá disfrutar de los beneficios del clima y el reposo, después de las labores cumplidas, previniendo así la fatiga y el agotamiento, que suceden después de trabajos prolongados.

Una gran Unidad, por encima de las 5,000 almas, realiza en **zoning** bien dispuesto para poder objetivar en él, estudios de bio-estadística y medicina social, tal como se lleva a cabo en las colectividades modernas. Resulta cómodo controlar, una población que sufre pocos cambios vegetativos y que en pequeña área, hace fácil que los médicos y las visitadoras sociales, tengan a su alcance: enfermos, sanos y hogares, donde se puedan verificar encuestas, que tiendan a esclarecer la génesis, de mu-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

chas dolencias mentales. Siempre una colectividad, del orden de una Gran Unidad Vecinal, tiene sus pequeños porcentajes de niños alterados en su inteligencia, o su carácter, epilépticos, oligofrénicos, transtornos en las glándulas de secreción interna, adultos predispuestos a la neurosis y psicosis, etc. De todos estos cuadros, los especialistas van a llevar un control riguroso por medio de fichas haciendo reports, a las familias ,siguiendo a aquellos, en que el mal se ha declarado y diagnosticado el proceso, cuando recién se inicia y en que, las probabilidades de curación son mayores.

Bueno será explicar en que consiste esta labor de higiene mental en una población dada, cuales son sus alcances y cual es la forma de llevarla a la práctica.

El médico que se dedica a estudiar la salud mental y a mejorarla en una colectividad dada, en este caso una Gran Unidad Vecinal, debe incursionar, como escribe Klein, no solamente en el laboratorio, sino en el hogar, la escuela, la iglesia, la factoría y cualquiera otra institución que ejercite influencia, sobre la conducta humana. Es necesario ir al grupo familiar, auscultar en él, los antecedentes de cada familia, para poder apreciar los factores, que causan o mantienen, un determinado estado de enfermedad. Muchas causas dañan la Salud Mental del Hombre, como son las de orden hereditario, las infecciones, intoxicaciones, mala alimentación, malas condiciones en el trabajo y sobre todo las de orden moral, generadoras de complejos diversos.

Rof. Carballo afirma, copiando a Halliday, que el aumento de las afecciones psicosomáticas, guarda paralelismo, con otros males sociales, entre otros, la disminución de la natalidad. Después de la última guerra, muchos países han comenzado a preocuparse, por el aspecto psicológico de la salud pública, enteramente descuidado y por fortuna, ya señalado por los médicos de todas las épocas: Hipócrates, Galeno, Sydenham, Freud y otros. De todo ello se ha venido a comprobar, que mientras la salud física de las naciones civilizadas, mejora, como lo atestigua la disminución de la mortalidad infantil, los bajos índices de mortalidad y morbilidad, tuberculosis, etc., en cambio, "la salud psicológica empeora de manera extraordinaria". Todo esto le lleva a Halliday, a expresar el concepto de "desintegración social". Habrá que propender pues a una medicina "integrada", la cual podrá manejar una persona sana, dentro de una sociedad sana.

Será útil en este sentido, analizar la personalidad y sus diversas variaciones, hasta llegar a los extremos y luego a la enfermedad. Rohracher incursiona con éxito en el estudio de la Caracterología, aquella parte de la psicología que investiga las peculiaridades anímicas del individuo. Lo corporal y las clasificaciones que se han propuesto, no pasan de ser buenas intenciones e hipótesis útiles de trabajo, como afirma Rohracher.

Es evidente que los procesos corporales, afectan la vida anímica, de la misma manera que los procesos anímicos, traen modificaciones en el cuerpo. La constitución anímica de un sujeto, está integrada por muchos componentes y algunos de ellos tendrán que sobresalir o actuar con mayor colorido, para dar la marca o sello a la personalidad. "Tal dirección, como

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

escribe Rohracher, influirá en la conducta psíquica del hombre, como una actitud espiritual por determinados dominios... el componente dominante, se manifestará en la toma de posición del hombre, ante lo que existe en su ambiente, en sus valoraciones...".

Dentro de los tipos normales, existen variantes, como ha establecido Kretschmer, el pícnico, rechoncho, grueso, el atlético, de talla elevada y sistema óseo desarrollado, el leptosomo, delgado, de tórax estrecho, con predisposición a padecer la tuberculosis y la esquizofrenia. Cada uno tiene su temperamento o conjunto de cualidades afectivas, el esquizotímico, hombre cerrado, que vive, su pobre o rica vida interior y el ciclotímico, con propensión a exteriorizar su yo y dar rienda suelta a su afectividad.

Es innegable que el estudio de la personalidad y el carácter, tal como lo han enfocado Klages, Kretschmer, Pende, Rohracher y otros, es de mucha importancia, para determinar la normalidad y sus desviaciones, que constituyen los umbrales de la enfermedad. Toda esta ciencia, de la psicometría y la caracterología, ha entrado hace algunos años en una etapa científica y de gran trascendencia práctica.

Esto nos lleva a estudiar las personalidades anormales luego de personalidades anormales. Allende la normalidad, existen las llamadas personalidades anormales o "psicopáticas" que aunque no son estrictamente enfermos mentales, sin embargo nuestras alteraciones en la conducta, que les hacen reaccionar en distinta forma de los normales. Desde la publicación por Kurt Schneider de su fundamental obra sobre "Personalidades anormales" en 1923, se ha llegado a comprender que estas desviaciones o variaciones, respecto a una amplitud media de las personalidades humanas, no se puede determinar con toda justeza. Son sujetos mal integrados, cuyo trastorno obedece a una causa hereditaria, que caen constantemente en conflictos interiores o exteriores, bajo pequeñas contingencias de la vida. Precisa fijar ante todo, los límites de lo normal, lo cual no existe para muchos psiquiatras. "La misma sabiduría del lenguaje, lo evidencia", escribe Delgado, pues la palabra latina **normalis** deriva de norma, y la norma puede tener amplitud más o menos grande. No se ha descubierto un instrumento que pueda medir la personalidad, como otra persona que se le enfrente, y somos nosotros los que fijamos hipotéticamente, los límites de lo normal.

Cuando encontramos un sujeto que no encuadra dentro de estos límites imaginarios, le llamamos anormal. El psicópata es aquel, que fácilmente entra en conflicto, con su ambiente, frente a la menor situación conflictiva, situación que un hombre normal solucionaría fácilmente. Existirían dos formas clásicas, de estas personalidades anormales y varias subformas: la neuropática y la psicopática. En la primera el individuo, sufre por su anormalidad y en la segunda hace sufrir a la colectividad.

Mientras un sujeto normal conlleva las dificultades de la vida, con resignación y alegría, y para todo conflicto encuentra la fórmula adecuada, el sujeto de personalidad anormal no soporta los disgustos, el mundo no está hecho a su medida; la sociedad con los demás hombres no la puede sufrir y menos aún las reglas sociales, las restricciones, etc. Sujetos volubles, caprichosos, amigos de marchar por los caminos más fáciles, aquellos que les dictan sus tendencias y no a soportar las fatigas en aras

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

de un ideal. Son individuos llamados de "corto circuito", que propenden a soluciones transitorias, las mismas que les dicta su egoísmo o su capricho, y pronto a entrar en los dominios del resentido, sujeto que se torna peligroso. El mundo, como escribe Rof. Carballo, no sólo está lleno de personalidades inmaduras infantiles, sino de algo peor, de personalidades pseudomaduras, de estabilizaciones transitorias de la personalidad. La curación de ellas, estaría en reajustar de nuevo el tono vital de la personalidad entera, con la ayuda eficiente del médico de almas.

Al lado de ellas, justo es colocar por su frecuencia, los desarreglos glandulares, las llamadas endocrinopatías, que ocasionan trastornos tan funestos en la esfera de lo físico y lo mental, detenciones del desarrollo, desviaciones sexuales, trastornos metabólicos, etc. Es necesario un despistaje precoz, como lo establecen los profesores Falta, Pende, Marañón y otros endocrinólogos, para poder corregir el trastorno a tiempo.

La psiquiatría infantil es otra de las conquistas modernas. Leo Kanner de Johns Hopkins, es quien más ha ahondado en este delicado problema, "una especialidad, dentro de una especialidad", Hacia los 4 ó 5 años, toma contacto el niño, con la estructura de la comunidad y nacerán en él, sus habilidades y ambiciones, para adaptarse a la vida. Kanner enuncia que la psicopatología individual, está íntimamente entrelazada con la sociopatología comunal. Mejora de la vivienda, facilidades para el ejercicio al aire libre, buena alimentación, etc., son factores que hacen nacer buenas costumbres en el infante. Todo ello favorece o no su adaptación al medio. Si sus condiciones de herencia y medio son buenas, crecerá lozana la espiga; en caso contrario se desviará y constituirá un problema social. Una buena condición higiénica de vivienda y una moral de hogar, son factores que disminuyen la delincuencia, como se ha demostrado en la Unidad Vecinal Nº 3. Es necesario liberar a los niños de los constantes conflictos emocionales, tan frecuentes y violentos en la vida moderna. "El hogar, escribe Kanner, o una sucesión de frecuentes cambios de hogar, no es sino uno de los innumerables pseudópodos que emiten y retraen, la gran amiba de la vivienda, la calle y el distrito". Los resentimientos del niño, van a dejar una sedimentación neurótica, que va a generar a la larga, conflictos más o menos prolongados. El recreo en ambiente propicio, va a limar sus tendencias agresivas y para corregir todos estos problemas del alma, está la palabra técnica del médico de almas.

La orientación profesional, será otro de los beneficios de esta cruzada de higiene mental. Enrumbar al hombre a una determinada profesión, que esté de acuerdo con sus posibilidades, con su vocación y aptitudes. Ya lo dijo acertadamente Juan Pablo Richter, "bajo un cielo de alegría, no puede florecer el mal". Que cada quien trabaje de acuerdo con sus aficiones, para que no crezcan en la vida, como flores exóticas: la amargura o el resentimiento. No es suficiente un simple consejo familiar, para llegar a orientarse hacia una profesión, es necesario determinar cuantitativamente las aptitudes y hacer el estudio global de la

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

personalidad, por medio de tests apropiados. "El hombre como escribe Bañuelos, no se adapta bien, a trabajar en cualquier circunstancia o momento, más que cuando trabaja dentro de su esfera preferida de acción. Si trabaja en su actividad preferida, las oscilaciones que experimenta la personalidad pueden ser mucho más reducidas, mostrando en todo momento en su trabajo una actividad y una capacidad de empresa e infatigabilidad sorprendentes".

La psiquiatría social, se ha desarrollado considerablemente en los últimos tiempos. Es necesario, como escribe Mira y López, "luchar contra las causas conocidas del trastorno mental y de fortificar y mejorar la personalidad humana, para hacerla más resistente a las causas que amenacen su equilibrio psíquico". He aquí la finalidad de la higiene mental, de tan vastas proporciones en el momento presente. La ciencia que creara modestamente Cliffors W. Beer, expsicótico, ha llegado a ejercer un rol directivo en la política sanitaria de los pueblos civilizados. Consistirá dominantemente, en el diagnóstico precoz y en la corrección psicopedagógica de los pequeños trastornos observables, los que dominados a tiempo evitarán mayores daños a la personalidad. Es la obra de un conjunto de trabajadores sociales: maestros de escuelas, visitadoras sociales, tocólogos, psicólogos y psiquiatras. No solamente adelantarán con el trabajo silencioso frente al paciente, sino divulgando los nuevos conceptos, realizando campañas de higiene mental para hacer conocer todos los factores que determinan mengua en la personalidad. Señalar de preferencia las causas hereditarias, las que por diversos mecanismos, desembocan en el trastorno mental; realizar una asistencia técnica del parto, una policía de control, sobre las lecturas funestas que excitan las bajas pasiones; una psicohigiene profesional, en que cada quien esté en armonía con el trabajo que desempeña, de psicohigiene de la cultura, de la vida sexual, etc.

Es indudable que la asistencia psiquiátrica, ha evolucionado considerablemente en los últimos tiempos. Se dispone en la actualidad de un buen arsenal de procedimientos terapéuticos, que permiten detener la marcha de las neurosis o de las psicosis y proporcionar un alivio inmediato y en muchos casos la curación definitiva. Pero para ello se necesita también un diagnóstico precoz, reconocer la enfermedad desde sus primeras manifestaciones ostensibles y ello sólo lo podrá realizar un verdadero técnico. Aparte de la atención de esta clase de enfermos en servicios cerrados tipo Hospital o Sanatorio, es posible desoficar los primeros trastornos enumerados en los llamados "Dispensarios de Higiene Mental" verdaderas antenas para el despistaje de las lesiones incipientes.

El psiquiatra no sólo atiende a los enfermos en sus dolencias, sino es el consejero en la vida del pueblo, papel que desempeñaba admirablemente otrora, el llamado "médico de la familia". Es la llamada psiquiatría socal, en donde el consejo técnico conveniente y oportuno, es llevado a las escuelas, reformatorios y hogares. Así lo sostienen psiquiatras de la talla de Bratz "plasmar concéntricamente los diversos tipos y grados de la asistencia neuropsiquiátrica", para que así el tratamiento se haga en forma gradual. En el sistema adoptado por este profesor alemán, el centro de la asistencia psiquiátrica, lo constituye la Clínica y el Hospital

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Psiquiátrico, luego pabellones para oligofrénicos, epilépticos, anormales toxicómanos; después la granja para tranquilos. Fuera de este sistema cerrado, está la asistencia heterofamiliar, granja-colonia, talleres; luego los Dispensarios o ambulatorios, donde se atiende enfermos libres, consultas generales, asociaciones de protección patronatos para psicópatas y por último las consultas generales: prenupciales, orientación profesional, higiene social, prevención de la criminalidad, vagabundaje, etc. He aquí un bello programa de acción, para luchar contra estos temibles flagelos, los que ya se están agudizando en forma alarmante en nuestro medio.

No haré sino mencionar los tratamientos modernos: psicoterapia, piroterapia, hidroterapia, ergoterapia, quimioterapia, nsulina, skocterapia y psicocirugía, etc.

La vida humana se verifica, dominantemente en la comunidad. "El individuo tiene su realización, su respaldo, su sentido y su misión mediante la comunidad en que vive", escribe Jaspers. De esta interacción de tensiones emocionales, puede mantenerse la salud o sobrevenir la enfermedad. El hombre, como escribe López Ibor, contaba en anteriores épocas, con un sistema paliativo de la angustia, que estaba conformado con la idea del mundo y de su propio destino. La agitada vida del mundo moderno, ha modificado completamente estos conceptos; la misma existencia ha llegado a ser el objetivo de nuestras preocupaciones. "Cada individuo de una nueva generación tiene, como cada día, una carga especial", escribe acertadamente Kierkegaard. La angustia vital existencial, llega a ser una vivencia alarmante para el común de la humanidad. La misma existencia es problemática, llena de incógnitas y temores. La angustia existencial, la angustia ante la nada, muy distinta de la neurosis de angustia, es la angustia vital profunda, que se puede trocar en miedo, asco, disolución, muerte con sentimiento de disolución del yo. Todos estos conceptos que dan idea del modo de pensar del hombre actual, tienen que ser analizados por el médico psicólogo, que tiene que enfrentarse ante un ser que sufre en su totalidad. Es evidente que muchos síntomas de la serie psíquica surgen inopinadamente de las relaciones del sujeto con los demás, en una comunidad, llegando a la tensión y la angustia. El fomentar la vida social, como se realiza acertadamente en las grandes Unidades Vecinales, disminuye y atenúa considerablemente estos factores, pero no llega a abolirlos, porque muchos de ellos, como se ha explicado, son inherentes a la personalidad misma del sujeto.

Un pequeño eslabón en la gran cadena de la Higiene mental en el Perú, será a no dudarlo el DISPENSARIO DE HIGIENE MENTAL, de una Unidad Vecinal, cuya población sea de 5,000 habitantes. En ese Servicio, se recogerá fielmente, los primeros síntomas de la amenazante enfermedad y se darán los tratamientos y consejos oportunos, para detenerla a tiempo. El actual Gobierno se ha preocupado en este aspecto y ha creado el Departamento de Higiene Mental, en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. No dudo que este organismo tomará debida nota de estas sugerencias, para hacer labor útil y benéfica a la población. Los Poderes Públicos, entre otros, la Cámara de Diputados, ya ha lanzado la idea, y en la sesión del 6 de noviembre, se presentó un proyecto para construir en Lima, un Hospital Nacional para enfermos mentales.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

De toda esta labor asistencial, llevada a cabo armónicamente, será realidad el bello postulado de mejorar la salud mental del peruano.

Sintetizando los anteriores conceptos, se puede decir que la construcción de viviendas, no sólo da solución a un angustioso problema económico-social, sino mejora la higiene urbana individual. Pero es necesario, también ,atender a la salud psicológica de las colectividades, tal como lo hacen los países adelantados. Un DISPENSARIO DE HIGIENE MENTAL, anexo a la Posta Sanitaria que actualmente funciona, prestaría útiles servicios en ese sentido. Condicionaría en la infancia, la buena formación de la personalidad y la adecuaría a las exigencias de la vida real. Realizaría medicina preventiva, empleando métodos modernos para los desórdenes mentales. Ayudaría a los jóvenes en el duro trance de elegir una profesión, evitando así elecciones frustradas, germen de muchos desequilibrios. Instituiría tratamientos ambulatorios en personas que hagan reacciones psíquicas anormales. Investigaría el pronóstico heredológico en la población, determinaría índices de incidencia de determinadas enfermedades mentales, sirviendo de guión, para una estadística más amplia.

Se darían consejos para una buena educación psicosexual, para readaptar la personalidad (labor terapia; ludo terapia); psicoterapia de grupo, charlas, etc.

Todo ello sería un bello programa de acción social, de bien orientada medicina preventiva, gran conquista de los tiempos modernos, de igual magnitud que el creciente progreso de la medicina socializada.

BIBLIOGRAFIA

DELGADO, H.: El concepto de personalidad anormal. Rev. de Neuropsiquiatría, Vol. VI, Nº 4, Lima, dic. 1943.

FINGERMANN, GREGORIO: La Orientación profesional y sus fundamentos científicos (En el libro: Temas actuales de psicología normal y aplicada, Buenos Aires, 1945).

JASPERS, KARL: Psicopatología en la práctica médica, Buenos Aires, 1951.

KLEIN, D. B.: Mental Hygiene, New York, 1944.

KENNER, LEO: Tratado de Psiquiatría Infantil, Santiago de Chile, 1951.

LASTRES, JUAN B.: La Higiene y la Construcción de Viviendas en el Perú, Lima, 1952. folleto de 11 páginas).

LASTRES, JUAN B.: La Psicobiotipología y su interés para el estudio del soldado peruano: Revista Militar del Perú, Lima, 1953.

LEVINE, MAURICE: Psicoterapia en la Práctica Médica, Buenos Aires, 1951.

LOPEZ IBOR, J. J.: La angustia vital (Patología Psicosomática) Madrid, 1950.

MIRA Y LOPEZ, E.: Psiquiatría, Tercera Edición, Buenos Aires, 1951.

ROF. CARBALLO, J.: Patología Psicosomática, Segunda Edición, Madrid, 1950.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ROF. CARBALLO, J.: Cerebro interno y mundo emocional, Madrid, 1952.
ROHRACHER, H.: Introducción a la Caracterología, Buenos Aires, Segunda Edición, 1951.
SCHENIDER, KURT.: Patopsicología clínica, Madrid, 1951.

NOTA.—La actual Posta Sanitaria, que funciona en la Unidad Vecinal Nº 3, dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social comprende las siguientes secciones: Quirúrgica, dental, Materno Infantil y medicina escolar. Control radiológico y vacunación antituberculosa (despistaje). Centro de vacunación preventiva. En 1952, se inscribieron 1,176 personas, porcentaje: 17. Tuberculina Positiva 37%. Tuberculina negativa 25%, Radioscopías: 1,118. Radioscopías de control: 305. Radiografías: 92. Enfermos en tratamiento: 66. Trastornos circulatorios: 127. Hilios poco cargados: 1,080. Complejo primario: 41. Lesiones de la pleura: 10 Resumen: 1,100 sanos (Datos proporcionados por el Dr. V. Santibáñez). La población aproximada de la Unidad Vecinal Nº 3, es de 5,716 habitantes. La de la Unidad Vecinal del Rímac, cuando esté totalmente ocupada será de 9,676. La de Mirones, 6,068 y la de Matute, cuando esté terminada será de 4,260.

En 1951, de un total de 1,526 menos, 161, han sido intervenidos por la policía. (Considerados entre los 7 y 20 años). (Datos proporcionados por la Corporación Nacional de la Vivienda).

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Extracto del Informe de la Misión conjunta de las Naciones Unidas y los organismos especializados para el estudio de los problemas de las poblaciones Indígenas andinas

I.—ANTECEDENTES

La Misión conjunta de las Naciones Unidas y sus organismos especializados para el estudio de los problemas de las poblaciones indígenas andinas, o "Misión indigenista andina", tuvo su origen en una serie de mandatos conferidos a las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo y la U. N. E. S. C. O., en virtud de resoluciones adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Consejo Económico Social de las Naciones Unidas, la Cuarta Conferencia de los Estados de América, Miembros de la Organización Internacional del Trabajo, la Comisión de Expertos en Trabajo Indígena de la Organización Internacional del Trabajo; así como por resoluciones adoptadas por la Conferencia General de la U. N. E. S. C. O. Los textos completos de estas resoluciones y de otras conexas se reproducen en el Apéndice I del Informe de dicha Misión.

La Comisión de Expertos en Trabajo Indígena de la Organización Internacional del Trabajo, en su primera reunión celebrada en la Paz, Bolivia, en enero de 1951, adoptó como Resolución VII la siguiente:

"1. Recomienda al Consejo de Administración de la O. I. T. la conveniencia de que, en estrecha consulta y coordinación con las Naciones Unidas, sus organismos especializados competentes y la Organización de los Estados Americanos, examine la posibilidad de estimular la creación de una Comisión Conjunta de encuesta sobre el terreno, integrada por expertos en las diversas materias pertinentes, con el fin de llevar a cabo los estudios sugeridos por la Comisión de Expertos que requieran trabajo coordinado en el terreno.

"2. Sugiere que la Comisión Conjunta de encuesta sobre el terreno se guíe en sus actividades por los objetivos específicos siguientes:

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

a) determinar cuales son los denominadores sociales, económicos, educativos y culturales comunes a los problemas de los países o regiones con poblaciones indígenas importantes, porque sólo basándose en dichos conocimientos los gobiernos interesados podrán colaborar efectivamente;

b) determinar cuáles son los medios para llevar a cabo dicha colaboración;

c) determinar los medios por los cuales la O. I. T. en estrecha colaboración con las Naciones Unidas y los organismos especializados competentes, puede ayudar más eficazmente a los trabajadores indígenas valiéndose del Programa ampliado de asistencia técnica.

"3. Sugiere que la Comisión Conjunta de encuesta sobre el terreno propuesta, conceda prioridad a los países o regiones en los cuales los indígenas representan una proporción elevada de la población total".

Orientada por esta Resolución, la Oficina Internacional del Trabajo inició trámites con las Naciones Unidas y los organismos especializados, a fin de preparar los planes para la creación de la Comisión Conjunta recomendada por la Comisión de Expertos en Trabajo Indígena, en su Resolución VII y otras resoluciones conexas de la Reunión de La Paz. Como resultado de las discusiones sobre el documento TAB/R. 138, la Junta de Asistencia Técnica, en su 17ª Reunión (enero-febrero de 1952), aprobó la creación de una Misión Conjunta para el Altiplano andino. Como primera parte del proyecto, decidió la Junta enviar a Bolivia, Ecuador y Perú, un pequeño grupo inicial de expertos a explorar las posibilidades de iniciar un programa de acción en estos tres países y de preparar los planes del mismo.

Cuando se celebró la 17ª reunión de la Junta de Asistencia Técnica, la O. I. T. había ya recibido una solicitud del Gobierno de Bolivia para asistencia técnica sobre la cuestión indígena, como se indicaba en las diferentes resoluciones de la Reunión de La Paz. Para la fecha en que se celebró la 18ª reunión de la Junta de Asistencia Técnica (Marzo de 1952), también se habían recibido solicitudes análogas de asistencia técnica de parte de los Gobiernos del Ecuador y el Perú.

II. OBJETIVOS

Los principales objetivos de la Misión preliminar creada por la Junta de Asistencia Técnica se anuncian en el documento TAB/R. 160, como sigue:

"a) Examinar los proyectos anteriormente efectuados para la rehabilitación social y económica de las poblaciones indígenas, determinando las causas de los éxitos o fracasos habidos en el pasado, a fin de fijar los tipos de asistencia técnica que puedan garantizar el máximo en la continuación y ampliación de los proyectos actualmente en vigor o en el desarrollo de otros nuevos;

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

"b) Sondear, previa consulta con los gobiernos respectivos, las posibilidades de carácter práctico y las condiciones precisas para llevar a efecto un primer proyecto "piloto", a título experimental;

"c) Determinar la índole de este primer proyecto experimental;

"d) Elegir una región determinada para llevar a cabo este primer proyecto "piloto".

Se indica, además, en el mismo documento, que la Misión, persiguiendo los objetivos precitados deberá preparar "un plan definitivo detallado para el establecimiento del primer proyecto "piloto" de demostración, a título experimental, y para un programa más amplio de asistencia técnica a los países interesados, plan que se someterá a la Junta de Asistencia Técnica para su aprobación y financiamiento. Se anticipa que este programa puede exigir los servicios de 25 a 30 expertos y que podrá extenderse sobre un período de 4 a 5 años. El plan definitivo proporcionará información específica sobre los problemas que habrán de abordarse, las materias abarcadas por el mismo, la población y las zonas directamente comprendidas en el proyecto, el número y tipos de expertos requeridos, el momento oportuno para comenzar las actividades, etc.

Desde que se inició su trabajo sobre el terreno, la Misión se dió perfecta cuenta de que dentro del tiempo de que disponía, era poco lo que podría hacerse sistemáticamente para lograr el primero de los objetivos antes citados. En efecto, un examen exhaustivo de todos los proyectos anteriormente efectuados para la rehabilitación social y económica de las poblaciones indígenas" en la región andina, representaba en sí mismo materia de trabajo suficiente para una misión más numerosa. Sin embargo, aprovechó la Misión todas las oportunidades que surgieron en su trabajo para obtener la mayor información posible, respecto a los proyectos anteriores o presentes, tanto privados como gubernamentales o internacionales. Esta información pasó a ser parte de los criterios adoptados por la Misión y se ha utilizado en todo momento como una de las piedras de toque para las recomendaciones expuestas más adelante en este informe.

La instrucciones dadas a la Misión mencionan repetidas veces el desarrollo de un "primer proyecto "Piloto", a título experimental". En sus recomendaciones, sugiere la Misión el establecimiento de un programa regional único, dividido en tres proyectos de acción, esto es, uno para cada uno de los tres países visitados. Está convencida la Misión de que, por razones político-sociales son indispensables, por lo menos tres proyectos para esta región y cree que será posible iniciar y dirigir con éxito la ejecución de estos proyectos simultáneamente, como parte del programa regional único. Opina asimismo que abordando simultánea y coordinadamente los problemas de la integración indígena mediante varios proyectos, cada uno de los cuales exige un acento particular, se tienen mejores perspectivas de determinar en forma práctica la manera más eficaz en que ellos pueden resolverse. En realidad, juzga la Misión que, incorporando a tiempo el primer proyecto "piloto" a título

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

experimental", en un programa más amplio de asistencia técnica a los países interesados", presentaría un programa viable que corresponde por igual a las directivas de la Junta de Asistencia Técnica y a los deseos de los tres Gobiernos interesados.

III. PRINCIPIOS GENERALES QUE ORIENTARON A LA MISION

Con el objeto de que la Misión pudiera seguir con éxito las directivas fijadas, la Junta de Asistencia Técnica consignó en sus documentos TAB/R. 138 y TAB/R. 160 los principios generales que deberían orientar su trabajo. No es menester comentarlo sobre algunos de estos principios, como por ejemplo, sobre la necesidad de conocer a fondo los proyectos internacionales de desarrollo ya en ejecución; la importancia de reclutar expertos latinoamericanos; evitar la elaboración de proyectos que fueran simple duplicación de los ya existentes, nacionales o regionales; cerciorarse razonablemente de que los gobiernos interesados participarían en los proyectos de la Junta de Asistencia Técnica, recomendados por la Misión; la necesidad de elaborar proyectos prácticos realizables y no sólo teóricamente perfectos. Sin embargo, otros dos de los principios indicados por la Junta de Asistencia Técnica, merecen mención especial.

1) Un enfoque **regional**.—En el documento TAB/R. 160, el principio en cuestión se expone en la forma siguiente:

"El programa habrá de ser principalmente regional. Solamente así será posible aislar "los denominadores sociales, económicos, educativos y culturales comunes a los problemas de los países o regiones con poblaciones indígenas importantes" (Resolución VII, La Paz), y prestar una ayuda internacional efectiva a los gobiernos interesados en los planes y en la expansión de los programas de desarrollo. Los problemas con que se enfrentan las poblaciones indígenas de la altiplanicie andina pueden resolverse mejor mediante la cooperación intergubernamental. El acuerdo de Titicaca (Bolivia-Perú) sobre la educación del campesino, es un ejemplo de la necesidad y utilidad del enfoque regional. No obstante, debe ponerse de relieve que, aunque el enfoque por parte de la Misión sea regional, el programa debe tener y tendrá en cuenta las características y diferencias nacionales existentes".

Durante todo el período de su labor, la Misión se convenció cada vez más de la importancia de este principio y ha tratado de que sus recomendaciones se ajusten a la necesidad objetiva de considerar la región andina como una unidad geográfica, ecológica y de recursos humanos. Al mismo tiempo, aprecia la Misión las significativas diferencias de desarrollo económico-social de esta región y, de acuerdo con ello, tanto en sus exposiciones de los denominadores comunes de tipo social, económico, educativo y cultural, como en sus recomendaciones, ha prestado la mayor atención a la importancia de conciliar, dentro de la estructura de un programa regional general, las diversas características nacionales.

2º) Enfoque **integral y sistemático**.—En el documento TAB/R. 138, el principio que rige este procedimiento se define así:

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

"El enfoque será integral y sistemático y no fraccionado. La concepción sistemática del problema de la integración pone inevitablemente de relieve sus numerosos aspectos fundamentales, de complejidad y el entrelazamiento de factores culturales, sociales, políticos y económicos. Un grupo de expertos cuidadosamente seleccionados para abordar simultáneamente tantos de estos factores básicos como sea posible, tiene mayores posibilidades de elaborar programas racionales y prácticos, de las que tendrían, por ejemplo, pequeños grupos de expertos que abordasen estos problemas aisladamente. Un enfoque sistemático, quiere decir también, un enfoque que al mismo tiempo sea imaginativo en su concepción y estrictamente práctico en sus métodos. Abordar someramente los problemas, como lo demuestran algunas experiencias del pasado, es casi seguro que resulte ineficaz y que su fracaso provoque el desaliento y la falta de interés para el suministro de nueva asistencia internacional".

Como podrá comprobarse a continuación, en este capítulo del presente informe, los miembros de la Misión fueron cuidadosamente seleccionados, basándose en la idea de un enfoque organizado y sistematizado del problema. No solamente se hallaban ampliamente representadas las Naciones Unidas y los organismos especializados directamente interesados (garantía inicial de que muchos puntos de vista e intereses diferentes serían puestos de relieve en el trabajo de la Misión) sino que los miembros de ésta, en el curso de dicho trabajo escatimaron esfuerzo alguno, a fin de forjar una concepción integral y sistematizada de su programa de acción. La Misión considera que sus recomendaciones demuestran que logró verdaderamente adoptar este punto de vista, y está también plenamente convencida de que no se trata de "simples intentos de solución". Es posible que los miembros de la Misión hubieran podido dar pruebas de mayor imaginación al concebir el programa, pero no de mayor sentido práctico.

IV. COMPOSICION DE LA MISION

La Misión estuvo compuesta en la forma siguiente:

Profesor Ernest Beaglehole (Nueva Zelandia), Jefe de la Misión.

Dr. Juan José Alcocer (México), de la Organización Mundial de la Salud.

Sr. David Blelloch (Reino Unido), de la Organización Internacional del Trabajo.

Sr. Carl Fritzle (Suiza), de la Organización para la Alimentación y la Agricultura.

Sr. Enrique de Lozada (Bolivia), de las Naciones Unidas.

Sr. Oscar Núñez del Prado (Perú), de las Naciones Unidas.

Sr. Gonzalo Rubio (Ecuador), de la U. N. E. S. C. O.

Sr. Xavier Caballero (Bolivia), de la Organización Internacional del Trabajo, Ayudante del Jefe de la Misión.

Sr. Daniel Litowsky (Estados Unidos), de las Naciones Unidas, Funcionario Administrativo.

Srta. Gloria Penichet (México), Secretaria.

Srta. Maureen Remeril (Reino Unido), de la Organización Internacional del Trabajo, Secretaria.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Además contaba la Misión con la colaboración de los siguientes asesores:

Sr. Aníbal Buitrón (Ecuador), de la Organización de los Estados Americanos (Organización de Comunidades).

Sr. Eduardo Flores (México), — (Economía).

Dr. Carlos Monge (Perú), — (Biología andina).

Todos los miembros de la Misión conocían la región andina o tenían experiencia práctica en otras regiones de América Latina; algunos de ellos poseían además conocimientos técnicos especializados, fruto de estudios y trabajos en otras regiones del mundo, donde se había abordado con éxito la solución de los problemas de las poblaciones indígenas. Así pues, los miembros aportaron a los conocimientos comunes de la Misión la diversidad de puntos de vista, muchas y muy distintas aptitudes y gran acopio de experiencia práctica de los países de la América Latina, en particular.

Merecen citarse brevemente otros dos puntos relativos a la composición de la Misión. Primero, el hecho de que los miembros de la Misión constituía en realidad un equipo y que no eran simples representantes de sus organismos respectivos agregados a una Misión de Asistencia Técnica. Así, pues, por haber estado siempre conscientes de su responsabilidad colectiva en el transcurso de su labor, por haber participado, sin excepción ,de los debates que han conducido a la elaboración de las recomendaciones, ha sido posible obtener de todos y cada uno de ellos su pleno aporte de ideas críticas y constructivas en todas las fases y en todos los aspectos del programa de acción proyectado.

Segundo, que tres miembros de la Misión, de un total de once, eran antropólogos de profesión. La adscripción a la Misión de tres personas con experiencia y aptitudes en las materias en cuestión (así como a otras familiarizadas con las lenguas indígenas), con un conocimiento de los problemas específicamente humanos que entraña la aplicación de un programa de asistencia técnica, fué una garantía de que estos trascendentales problemas de evolución social, humanos y culturales, recibirían la importancia que realmente merecen. Sean cuales fueren los defectos de que adolezcan las recomendaciones de la Misión, no podrían decirse que sus miembros hayan perdido de vista el factor humano en sus esfuerzos por presentar un programa de acción técnicamente viable.

V. ACTIVIDADES E ITINERARIO

1) Instrucciones.

Algunos miembros de la Misión recibieron instrucciones de las Divisiones Técnicas interesadas de la O. I. T., F. A. O., O. M. S. y U. N. E. S. C. O. en Ginebra, Roma y París. Subsiguientemente todos los miembros de la Misión (con excepción del Sr. Fritzle, F. A. O., que se unió a ella en Guatemala, y del Sr. del Prado, que se incorporó a la Misión en La Paz, Bolivia), recibieron instrucciones de los Departamentos Técnicos de las Naciones Unidas, en Nueva York. En esta última ciudad se efectuaron además entrevistas con funcionarios de la Asociación In-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ternacional Americana para el Desarrollo Económico y Social y con las Delegaciones permanentes ante las Naciones Unidas, de Bolivia, Ecuador y Perú. En Washington, la Misión recibió directivas de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional para las Américas de la O. M. S. Se hicieron así mismo visitas al Departamento Social y Económico de la Organización de los Estados Americanos y al Instituto de Asuntos Interamericanos. Por otra parte se establecieron contactos con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento.

2) Itinerario.

La Misión partió de Nueva York el 29 de Junio. Después de tres días en Washington, salió rumbo a México y Guatemala, donde hizo escalas, llegando finalmente a la Paz, Bolivia, el 22 de julio de 1952. Pasó cuatro semanas en Bolivia, cinco en Perú y tres en Ecuador.

Regresó la Misión a la sede de las Naciones Unidas el día 20 de Octubre y permaneció tres semanas en Nueva York, discutiendo las líneas generales de sus recomendaciones. El 7 de noviembre regresaron algunos miembros a las Oficinas centrales de sus organismos respectivos, para preparar allí sus contribuciones técnicas que figuran como apéndices a este informe. En la reunión celebrada en Ginebra, del 5 al 10 de enero de 1953, con los miembros de la Misión pertenecientes a las Naciones Unidas, la O. I. T., la U. N. E. S. C. O. y la O .M. S., se estableció el texto definitivo del informe.

3) Visita a México y Guatemala.

Con objeto de familiarizarse con algunos de los más importantes proyectos actualmente en ejecución en México, así como con la labor de los Institutos Indigenistas de México y Guatemala, visitó la Misión ambos países en su viaje de Nueva York a La Paz.

En México, gracias a la muy amable cooperación del Dr. Manuel Gamio, Director del Instituto Indigenista Interamericano; del Dr. Alfonso Caso, Director del Instituto Nacional Indigenista de México; del Profesor Mariano Samayoa, del Departamento de Asuntos Indígenas de la Secretaría de Educación Pública, y gracias también a los miembros de estos Institutos y de los Departamentos gubernamentales competentes, la Misión pudo efectuar visitas al valle del Mezquital y a la región de Chiapas, donde recogió datos, instructivas e información valiosa. Además, pasó la Misión varios días en Pátzcuaro, dando gracias a la cortesía y cooperación del Dr. Lucas Ortiz, Director del Centro Regional de Educación Fundamental para la América Latina, así como a la colaboración de su personal, la Misión pudo estudiar detenidamente el funcionamiento de este proyecto regional.

La visita de la Misión a Guatemala fué muy breve; sin embargo, se aprovechó la ocasión para discutir con el Dr. Joaquín Noval, Director del Instituto Nacional Indigenista, las actividades de investigación y ser-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

vicios del Instituto. También se establecieron contactos con antropólogos y funcionarios de los servicios de sanidad pública encargados de la ejecución de los programas de acción en diferentes partes del país.

4) Métodos de trabajo.

La improvisación, por brillante que sea, es siempre un mal substituto de un método de trabajo escrupulosamente ensayado, sobre todo cuando se trata de planes y proposiciones que afectan la vida y el bienestar de los seres humanos. Al concebir sus planes de trabajo, tan peligroso es para los miembros de una Misión de planificación proceder con una mente demasiado estrecha al ponerlos en ejecución práctica. Pero es evidente que toda Misión debe tener un plan preconcebido, algunas hipótesis que habrán de corroborarse en el terreno, si desea que su labor adelante con un máximo de eficacia. Las hipótesis de la Misión eran pocas y relativamente sencillas; se habían incubado en el largo período de organización que siguió a la reunión de La Paz de la Comisión de Expertos de la O. I. T., y recibieron forma en las numerosas reuniones instructivas ya mencionadas, así como en la visita a México. Por consiguiente, cuando la Misión llegó finalmente al campo de acción, disponía, como parte de su bagaje de ideas, una serie de hipótesis sobre los tipos más adecuados de acción que requería la región andina.

El siguiente paso, el método de trabajo, consistió en confrontar las hipótesis a la luz de la experiencia de los funcionarios gubernamentales, las autoridades locales y los expertos indigenistas; en realidad, con la de todos aquellos que, en cada uno de los países visitados, tenían conocimientos especiales o se interesaban por los núcleos de población indígena y sus problemas. En Bolivia, por ejemplo, la Misión discutió sus hipótesis con el Presidente de la República y sus Ministros y, en reuniones de mesa redonda con los funcionarios del Gobierno que representaban a cada uno de los Departamentos gubernamentales interesados, varios de estos expusieron sus planes y experiencias personales, discutiendo en detalle el mejor uso que podría hacerse de la asistencia técnica en su país y comentaron sobre los planes proyectados por la Misión. Como resultado de esta entrevista, pudo la Misión perfeccionar sus ideas, descartar algunas que no eran prácticas, dar forma a las que parecían más adecuadas a la parte boliviana de su programa regional y recabar el interés cooperativo de los funcionarios bolivianos y de las autoridades, en los planes que la Misión se proponía establecer.

Se fijaron los itinerarios de la Misión en estrecha colaboración con los funcionarios gubernamentales y en forma tal que dieran a sus miembros un máximo de oportunidades de poner a prueba y corroborar sus hipótesis y proposiciones, ante los hechos crudos e innegables de la realidad. En sus viajes, la Misión estuvo acompañada por funcionarios y expertos delegados por el Gobierno a fin de ayudarle a hacer el mejor uso del tiempo de que disponía. Cada etapa de sus viajes fué cuidadosamente planeada, para verificar sobre el terreno sus ideas e hipótesis. Así, las

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

visitas hechas a escuelas, hospitales, centros agrícolas, comunidades indígenas, misiones religiosas, centros de ejecución de proyectos de investigación y a algunas instituciones, formaban todas ellas parte de un programa de trabajo cuidadosamente establecido. Especialmente, se aprovecharon todas las ocasiones para obtener informes directos de personas que formaban parte de las comunidades visitadas.

Se celebraron frecuentes reuniones en el seno de la Misión, tanto sobre el terreno como al regresar a las capitales y nuevas entrevistas con Ministros, personalidades políticas, personas destacadas de la opinión pública, funcionarios del Gobierno, peritos técnicos locales y otras personas que podían aportar su ayuda a la Misión para formular un programa de acción aceptable. Así fué como las hipótesis de la Misión se transformaron finalmente en los proyectos de acción esbozados en las proposiciones oficiales presentadas a los Gobiernos de cada país. Con la aceptación, en principio, de estas proposiciones, por parte de los Gobiernos, culminó el trabajo de la Misión.

A su regreso a Nueva York, los miembros de la Misión discutieron los diversos aspectos y puntos importantes del programa de acción propuesto. Pausadamente, y analizando uno a uno todos los detalles, se elaboraron los proyectos; y el ciclo que había comenzado en La Paz se cerró en las Oficinas Centrales de las Naciones Unidas, cuando, después de tres semanas de intensos debates, se llegó a una decisión unánime sobre el carácter y amplitud de las recomendaciones que formularía la Misión.

P E R U

Desde el punto de vista del problema abordado por la Misión, la situación en el Perú es muy diferente a la de Bolivia. En general, el Perú ha logrado mayores progresos en materia de industrialización y de la diversificación económica. Entre los indios de habla quechua existe mayor variedad con respecto a incultura y asimilación. Los indios, tanto los aymaras como los quechuas, parecen mostrar mayor movilidad, al menos durante los períodos de trabajo de temporada. Se ha observado por parte de los mismos indios algunos intentos de colonización en las zonas de menor altitud. Estos intentos han tenido lugar ya en forma organizada, ya en forma espontánea, pero se siguen abrigando grandes dudas en cuanto a sus resultados finales. Desde 1921 ha existido una dependencia especial, el Departamento de Asuntos Indígenas que, en 1937, se adscribió al Ministerio competente en materia de trabajo. Existen dos institutos muy activos para el estudio de la cuestión indígena: el Instituto Indigenista Peruano y el Instituto de Biología Andina.

Desde el principio, los funcionarios del Departamento de Asuntos Indígenas llamaron la atención de la Misión sobre la existencia de dos zonas "difíciles": por una parte, el departamento de Puno, donde, debido probablemente al predominio de grandes propiedades particulares dedicadas principalmente a diferentes formas de explotación ganadera, grupos de indios aymaras han venido desplazándose desde hace tiempo hacia el

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

oeste, con dirección a Arequipa y la costa, en un éxodo espontáneo y desorganizado; y, por otra, el departamento de Cuzco, donde la tierra en escala mucho mayor es propiedad de los indios de lengua quechua (de suerte que apenas existe el problema de la migración no organizada), pero donde estos, sin duda por razones históricas (fueron ellos quienes soportaron el choque más fuerte de la conquista española), se hallan aislados en sus propias comunidades, sin saber lo que ocurre a su alrededor ni preccuparse en absoluto por los acontecimientos del resto del país o el mundo. Han sugerido las autoridades que, por lo que al Perú se refiere, la forma más eficaz en que la Misión podría contribuir a la solución de este problema, sería elaborando planes para: a) el estudio de los movimientos migratorios en la región de Puno y la posibilidad de encauzarlos en una dirección socialmente satisfactoria (particularmente hacia el valle de Tambopata, donde una considerable superficie de terreno ha sido destinada por el Gobierno a la posible colonización de grupos indígenas procedentes del Altiplano); y b) la formación de dirigentes indígenas en las comunidades del departamento de Cuzco. El día 4 de septiembre de 1952, el Gobierno informó al Congreso de que su cooperación con la Junta de Asistencia Técnica, en relación con estos dos objetivos, constituía la sección "indígena" de su "plan general de acción" para la totalidad del país en el futuro inmediato.

a) **El proyecto de Puno-Tambopata.**—El río Tambopata es un afluente del Madre de Dios, el que, a su vez, forma parte del vasto sistema tributario del Amazonas. Se va ensanchando el valle gradualmente a medida que el río corre hacia el este, pero es de difícil acceso en la actualidad por no disponerse más que de senderos de herradura. (Por esta razón y dado el tiempo que hubiera sido necesario para ello, la Misión no pudo visitarlo). En virtud de un decreto de fecha 10 de julio de 1941, el Gobierno asignó una superficie de alrededor de 17,000 hectáreas, dentro del valle para su posible colonización por grupos indígenas del Altiplano. Nunca se ha estudiado las condiciones y posibilidades del valle en forma sistemática y científica, pero de los datos fragmentarios de que se dispone, se colige que posee importantes recursos naturales, un clima razonablemente saludable y que, de tomarse las necesarias precauciones, podrían acomodar a un número muy considerable de indios del Altiplano y ofrecerles un nivel de vida material mucho más elevado del que gozan en la actualidad. Algunos indios del Altiplano han emigrado ya al valle, aunque no se sabe con certeza si se han instalado allí en forma permanente o si sólo han emigrado para trabajar periódicamente en los yacimientos auríferos de esa región. Tiene entendido la Misión que el Gobierno dentro de su programa general de construcción de caminos, ha concedido alta prioridad a la construcción de una carretera que atraviese el valle y lo enlace con el resto del país.

Por las razones ya expuestas en pasajes anteriores del presente informe, la Misión no podría recomendar conscientemente a la Junta de Asistencia Técnica que se asociase por ahora a cualquier intento concreto de colonización del valle de Tambopata, pero si **recomienda que se**

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

proporcione al Gobierno un especialista en antropología social, un experto agrícola y un economista agrícola, (con conocimientos prácticos y experiencias en los problemas de fomento), a fin de que puedan realizar una investigación integral de los movimientos emigratorios del sector de Puno, prestando especial atención a las posibilidades de colonización y a los problemas del valle de Tambopata. (La Organización de los Estados Americanos está a punto de emprender un estudio sobre los movimientos de población en los países latinoamericanos, y juzga la Misión que, la O. E. A. estaría dispuesta a organizar este estudio en cooperación con la Junta de Asistencia Técnica en lo que a la ejecución del programa sugerido por la Misión se refiere. Los resultados de las negociaciones que la Junta de Asistencia Técnica desearía sin duda entablar con la Organización de los Estados Americanos sobre este asunto, demostrarán hasta que grado podrían concentrarse sus esfuerzos en un estudio del valle de Tambopata, dejando las investigaciones en el Altiplano en manos de la Organización de los Estados Americanos. Sería al parecer conveniente que el antropólogo (acompañado por el administrador de sanidad pública que ha destinarse al proyecto Muquiyauyo véase más adelante) se trasladase con anticipación a sus colegas, para efectuar un estudio preliminar que podría durar dos o tres meses; ello permitiría que el estudio que se efectuaría posteriormente sólo requiera un lapso no menor de seis meses ni mayor de un año. Estima la misión que los datos disponibles sobre el valle de Tambopata justifiquen plenamente un estudio del tipo sugerido. Por otra parte, la Misión desea aclarar que al recomendar que se emprenda este estudio lo hace sin perjuicio del criterio que se obtenga ulteriormente al determinar si desde el punto de vista de la política económica la solución más satisfactoria del problema que actualmente existe en la región de Puno. El problema que más interesa a la Misión en este caso es la protección y encauzamiento de los actuales movimientos de población, pero los resultados de este estudio, combinados con los obtenidos por el que va a emprender la Organización de los Estados Americanos, podría sugerir la conveniencia de adoptar otras soluciones más inmediatas y eficaces. En todo caso, la posibilidad de trasladar grupos indígenas del Altiplano a las tierras más bajas tiene tal importancia para toda la región andina, que el estudio sobre el valle de Tambopata se revela como parte necesaria y esencial del propuesto programa regional en su conjunto.

b) **El proyecto de Muquiyauyo.**—En su investigación de las condiciones de la región del Cuzco, la Misión no pudo dejar de preguntarse si la creación de un centro para la formación de dirigentes indígenas en cualesquiera de sus comunidades no tropezaría con serios obstáculos; si este centro cuyo personal en su mayoría vendría del exterior de dicha región no tendría apariencia de algo realmente artificial; y si habría grandes esperanzas de que el tipo de enseñanza que tratara de inculcar sería rápidamente asimilada por la población. Todas estas dudas condujeron a considerar la posibilidad de establecer el centro de formación requerido, en alguna localidad exterior, donde las personas en proceso de formación procedentes de las comunidades del Cuzco, podrían beneficiarse

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

de la influencia que ejercerían sobre ellas los esfuerzos concentrados de un grupo de maestros que trataran, por así decirlo, de abrirles los ojos y despertar su imaginación, además del ejemplo y contacto con grupos indígenas de origen no muy diferente que, espontáneamente y conforme a sus propias tradiciones y aspiraciones, habrán avanzado un poco hacia su integración a la vida nacional.

Cuando el itinerario de la Misión la condujo a Muquiyauyo, encontró allí lo que parecía ser una comunidad exactamente del tipo deseado. Este es un pueblo grande de unos 4,000 habitantes en el departamento de Junín, situado en el valle del Mantaro—zona bastante fértil, con agricultura relativamente próspera a más o menos la misma altitud que el Cuzco y aproximadamente a diez kilómetros de la ciudad de Jauja, y a menos de 100 kms. de los centros mineros de La Oroya y Cerro de Pasco. Su historia durante las dos o tres últimas generaciones ha sido sumamente interesante. Hace unos 40 años, la comunidad ejemplo bastante típico de una comunidad de indios de habla quechua, compuesta de cuatro grupos autónomos que cultivan la mayor parte de su tierra sobre una base comunal y en la que funciona satisfactoriamente un sistema de crédito también comunal — tomó la sorprendente iniciativa de construir una central hidroeléctrica, cuya corriente ha venido vendiendo desde entonces a las comunidades vecinas, así como a la capital provincial de Jauja. Después, montó un aserradero y una fábrica de curtidos; a la fecha en que se hizo la visita de la Misión se hallaba justamente instalando una pequeña fábrica de hilados de lana, con máquinas modernas importadas de Alemania. En el curso de los años, la comunidad ha costeado también la enseñanza superior de algunos de sus hijos varones y mujeres, pero parece decepcionada por los resultados de esta última iniciativa, ya que, según se dice, los jóvenes profesionales han ejercido sus carreras en lugares distantes y es poco lo que han hecho para ayudar a su comunidad de origen.

Muquiyauyo presenta hoy un aspecto que no es muy distinto del de muchos pueblos del sur de Europa. Sus habitantes, particularmente los varones, tienden a llevar el mismo tipo de indumentaria que los campesinos europeos. La comunidad posee varias escuelas prósperas, casi todos sus miembros entienden el quechua, pero existe una marcada tendencia a dar preferencia al español como lengua de uso general. Al mismo tiempo, en comparación con los niveles que prevalecen en los países más ricos y más altamente industrializados, sigue siendo una comunidad pobre: las viviendas son aún inadecuadas, el suministro de agua sumamente deficiente y es dudoso que la mayoría de los habitantes se hallen realmente alimentados. El problema de conseguir bastante tierra que produzca alimentos suficientes para todos, sigue siendo agudo.

Después de visitar Muquiyauyo y de hablar con algunos de sus principales habitantes, decidió la Misión que este pueblo ofrecería mayores ventajas como lugar apropiado para instalar un centro de formación de indios procedentes de las comunidades del Cuzco, como posibles dirigen-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

tes de actividades comunitarias; pero, al mismo tiempo, tuvo la impresión de que, para que este proyecto pudiera dar los máximos resultados posibles, sería menester hacer simultáneamente un esfuerzo para ayudar e impulsar un mayor progreso en Muquiyauyo. Cree también la Misión que el persistente desequilibrio entre la población de Muquiyauyo y sus recursos, a pesar de todos sus esfuerzos para aumentar estos últimos, puede quizás comenzar a crear una sensación de fracaso. La ayuda del exterior en este momento sería fortificante y constituiría al mismo tiempo un aliciente para que los habitantes de Muquiyauyo cooperasen, a fin de que el centro de formación fuera un éxito. Además, el efecto de la instrucción sobre quienes la recibiesen sería mucho mayor, si su asistencia al centro de formación implicara también una participación activa en un programa de desarrollo integral.

Por consiguiente, propone la Misión que los Ministros peruanos de Salud Pública y Asistencia Social y Agricultura se encarguen de organizar un programa de sanidad pública y de actividades de previsión social, así como otro de agricultura y desarrollo de la ganadería en el departamento de Junín, comenzando por la comunidad de Muquiyauyo y extendiéndolo gradualmente al resto del departamento. (Es de esperar que, a su debido tiempo, si el programa proyectado para el departamento de Junín tiene éxito, halle el Gobierno la posibilidad de lanzar programas similares en los departamentos de Puno y del Cuzco). El Ministerio de Educación Pública organizaría asimismo un programa análogo, dentro de su propia esfera de actividades, como parte del proyecto integral. Recomienda la Misión que la Junta de Asistencia Técnica colabore en este programa de desarrollo, proporcionando un experto en administración de servicios de sanidad pública, así como una enfermera; un experto en educación fundamental (incluída la instrucción primaria y la desanalfabetización de los adultos); otro en formación profesional y posiblemente otro en pedagogía y formación de maestros; un antropólogo social y un perito en materia de fomento agrícola, quien, de ser posible, estaría bien familiarizado con los problemas que entraña la organización de un sistema de crédito supervisado. Sería también conveniente disponer, al llegar el momento oportuno, de un experto inivestigador —un nacional de preferencia— que trabajara en el centro de investigación experimental agrícola del Cuzco y para el departamento de Junín específicamente. En una fase posterior de la ejecución del proyecto— por ejemplo, en el curso de su tercer año— cuando se hallara organizado el sistema de crédito supervisado, serían tal vez necesarios los servicios de unos tres expertos para la buena marcha de este sistema, pero es probable que para entonces habría terminado su labor el perito en materia de fomento agrícola.

c) **Organización administrativa.**—El plan de desarrollo integral de Muquiyauyo estaría administrado por un director, quien habría de ser persona de alta autoridad, de nacionalidad peruana, nombrado por el Presidente de la República, previa consulta con la Junta de Asistencia Técnica, y directamente responsable ante el Presidente. El director estaría

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

auxiliado por un comité compuesto por los principales expertos nacionales e internacionales, a quienes presidiría, teniendo voto decisivo en las reuniones.

Al mismo tiempo, la Dirección de Asuntos Indígenas, en cooperación con los diferentes Ministerios interesados, comenzaría los trámites para el establecimiento, en Muquiyauyo, de un centro de formación de posibles dirigentes o "promotores" de comunidad, a quienes se escogería en los departamentos de Cuzco y Junín para su ulterior actuación en los mismos, el Centro de formación no sería una escuela en el sentido estricto de la palabra, ni siquiera sería necesario que sus alumnos supiesen leer y escribir. La formación siempre que fuese necesaria, comprendería cursos de lectura y escritura, de preferencia nocturnos, a fin de que no interfirieran con las actividades diurnas de los educandos. Los alumnos efectuarían trabajos prácticos y no teóricos; serían jóvenes — de preferencia matrimonios recientes escogidos por sus cualidades potenciales de jefes natos en ssu propias comunidades y sólo pasarían en el centro de formación el tiempo necesario de seis meses o un año — por saturarse del espíritu de Muquiyauyo y aprender técnicas sencillas que ayuden a su comunidad rural a mejorar su situación; la brevedad de este período les evitaría ausentarse de sus comunidades durante un lapso de duración tal que pudiera ser susceptible de separarlos espiritualmente de su propio grupo.

Durante el período normal de formación, cada alumno trabajaría por turnos, durante dos o tres meses, con uno u otro de los peritos técnicos. (Tal vez no sería conveniente que trabajaran más de tres alumnos a la vez, en esta forma, con un perito determinado).

Por lo que se refiere al destino final de los alumnos, podría procederse como sigue: al finalizar el período normal de formación, una pequeña proporción de educandos se quedaría en Muquiyauyo para recibir nuevas enseñanzas como auxiliares técnicos o ayudantes capaces de desempeñar cargos del Gobierno (podría recurrirse al programa de becas de las Naciones Unidades con objeto de dar a estas personas una formación más extensa en el extranjero). Los restantes regresarían a la región de origen y correspondería al proyecto decidir en cada caso individual, si sería mejor emplear al interesado en su propia comunidad o en otra de los alrededores.

Durante el período de formación se abonaría a los alumnos una suma que no fuera inferior a la que hubieran podido ganar continuando en su comunidad (teniendo debidamente en cuenta, en el caso de los alumnos que hubiesen de ser finalmente nombrados auxiliares técnicos al servicio del Estado, las tarifas normales de sueldos de esos empleados del Gobierno).

Una vez organizado el proyecto y que funcione en forma satisfactoria —por ejemplo, en su tercer año— se acudiría al programa de becas de las Naciones Unidas, para traer alumnos de los otros países andinos.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central

En las primeras etapas de ejecución del plan, una de las principales labores del antropólogo consistiría en preparar psicológicamente a los habitantes de Muquiyauyo para la responsabilidades que recaerían sobre ellos, con respecto a la formación o "estímulo" de indios procedentes de comunidades menos desarrolladas. Es esta una cuestión de particular importancia, en virtud de la actitud un tanto desdeñosa que, como la experiencia demuestra, tienden a adoptar los indios más evolucionados y los mestizos, con respecto a sus conciudadanos menos integrados a la vida nacional.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Boletín Institucional

Movimiento del Departamento de Afiliados durante el año 1953

El Departamento de Afiliados de la Oficina Matriz, ha extendido, durante el año 1953, 20,699 duplicados de libretas de cotizaciones habiendo canjeado en este mismo lapso 287,196 libretas.

Igualmente en el año 1953 se han inscrito a 71,581 nuevos asegurados obligatorios y reinscrito a 64 inválidos recuperados.

En el seguro facultativo se han afiliado 36 trabajadores mayores de 60 años y 18 servidores domésticos.

Han sido canceladas las inscripciones de 976 asegurados fallecidos; 254 inválidos y 1,025 por contar con más de 60 años de edad.

Se han tramitado reintegros de estampillas y en efectivo, por cotizaciones del 5% y 9%. El monto del reintegro en estampillas por el 5% ascendió a S/. 82,104.14 y el del 9%, por el mismo concepto a S/. 3'516,674.28.

Los reintegros en efectivo por el 9% sumaron 7'033,898.06 y los del 5% 174,202.31.

Se han acreditado imposiciones por intermedio de máquinas "Hasler" por un valor de S/. 975,538.35.

Asi mismo se han tramitado pagos del 6% para el seguro facultativo de los mayores de 60 años por un monto de S/. 81,622.70; habiéndose también controlado pagos a los patronos poseedores de máquinas "Hasler" por un valor de S/. 11'090,019.70.

Estadística de afiliados por salarios y años de nacimiento

Confeccionados por el Departamento Hollerith de nuestra Oficina Matriz, publicamos dos cuadros sobre estadística de salarios percibidos, tanto por los asegurados varones, como por las mujeres, en función de sus años de nacimiento.

Del estudio referente a los afiliados varones se desprende que el mayor porcentaje de asegurados corresponde a los que perciben hasta S/. 10.00 diarios, y dentro de éstos a los nacidos entre 1933 y 1934.

Cuanto a las aseguradas mujeres, el salario más frecuente es el de S/. 5.00 diarios, cuyo mayor número lo perciben las nacidas entre los años 1932 al 37.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Ampliación de Hospitales

El Consejo Directivo, en su reunión ya mencionada, acordó la inversión de diferentes sumas de dinero en la realización de diversas obras en sus hospitales de Trujillo, Chocope y Huacho, muy en especial, en lo que a este último se refiere, para el que ese acordó la adquisición de un terreno anexo de 9,200 m2. destinado a la ampliación de sus servicios.

Estadística de afiliados por actividades económicas

Del cuadro que se inserta a continuación, se desprende el número de asegurados obreros activos, existentes en las distintas zonas de la costa, en las que es de aplicación el régimen del seguro social, número que se ha fijado en función de las actividades económicas a las que dichos trabajadores se hallan dedicados.

Debe puntualizarse, además, que la estadística ha sido confeccionada dividiendo las indicadas actividades económicas en dos grandes grupos: actividades agrícolas e industriales y de comercio y los datos se han obtenido el 31 de diciembre del año 1952.

De dicho cuadro se desprende que las regiones de Chiclayo, Chocope, Trujillo, Chancay, Cañete, Chincha, Ica, y Pisco son preferentemente agrícolas, no ocurriendo lo mismo con las zonas de Piura, Lima, Callao, y Arequipa, donde el mayor porcentaje de trabajadores obreros se halla dedicado a la industria y el comercio.

Como dato estadístico importante sólo resta declarar, que de el total de afiliados al régimen de seguro social, el 37.35% se dedica a la Agricultura y el 62.65% a la Industria y Comercio.

ASEGURADOS ACTIVOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 1952

Z o n a s	Agricultura	Industria y Comercio	TOTAL
Piura	4,792	4,399	9,191
Chiclayo	25,059	5,868	30,927
Chocope-Trujillo	20,386	4,975	25,361
Chancay	18,583	5,009	23,592
Lima	18,984	138,757	157,741
Cañete	11,191	1,080	12,271
Callao	614	14,906	15,520
Chincha	7,528	2,303	9,831
Ica	10,061	3,865	13,926
Pisco	4,833	1,998	6,831
Arequipa	3,387	12,997	16,384
T O T A L	125,418	196,157	321,575

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ESTADISTICA DE AFILIADOS DENUEVAS INSCRIPCIONES AÑO 1952

HOMBRES

Año de nac.	Hasta S/. 5.00	Hasta S/. 10.00	Hasta S/. 15.00	Hasta S/. 20.00	Hasta S/. 25.00	Hasta S/. 30.00	Más de: S/. 30.00	Sin datos	Total
92	1	7	2						10
93	7	22	5	3		1		4	42
94	12	44	20	4	1			10	91
95	14	50	13	10	4	2	1	4	98
96	12	43	28	7	4	2	2	15	113
97	22	65	12	8	3	2	1	10	123
98	12	56	18	11	2	2	1	10	112
99	29	52	17	7	2	2	2	8	119
	33	92	30	17	4	1	4	16	197
1	36	88	17	21	2			14	178
2	48	95	31	23	6	1	3	21	228
3	23	79	31	17	9	1		17	177
4	40	99	29	18	7	6	6	11	216
5	33	110	38	13	7	3	3	20	227
6	40	109	32	10	10	1	1	19	229
7	43	132	38	23	5	9	3	32	285
8	39	99	44	22	10	6	8	23	251
9	32	122	47	24	5	6	4	18	258
10	54	161	76	24	15	8	5	37	380
11	36	124	47	11	8	4	5	24	259
12	71	229	77	22	6	5	4	36	450
13	47	131	47	22	11	6	3	36	303
14	74	193	56	23	9	10	5	47	417
15	57	160	60	34	12	3	5	38	369
16	63	153	57	31	8	8	4	34	358
17	75	201	86	43	19	7		36	467
18	61	187	82	50	15	5	4	59	463
19	62	203	99	27	16	7	2	59	475
20	93	233	93	42	16	5	4	38	524
21	87	238	102	41	8	8	5	53	542
22	104	332	132	50	16	4	7	72	717
23	107	310	130	52	12	13	9	68	701
24	130	340	135	67	24	3	11	87	797
25	173	410	174	55	21	10	3	102	948
26	166	515	198	72	21	5	12	118	1107
27	275	684	266	83	29	11	7	151	1506
28	345	875	341	113	32	8	7	186	1907
29	311	867	278	86	19	11	8	179	1759
30	461	1115	368	95	13	10	9	217	2289
31	511	1280	389	95	22	10	11	273	2591

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

32	892	1940	562	99	13	12	11	399	3928
33	1200	2333	603	92	10	10	15	398	4661
34	1319	2547	590	72	8	6	14	458	5014
35	812	1218	169	15	4	3	8	290	2519
36	1217	1368	165	14	7		7	278	3056
37	1089	961	86	1	1		6	176	2320
38	688	363	20	2			6	94	1168
39	183	98	3	1				11	296
40	45	34						6	85
41	7							1	8
	5	7	2						14
	11,296	21,174	5,945	1,679	476	237	237	4,313	45,351

M U J E R E S

Año de nac.	Hasta S/. 5.00	Hasta S/. 10.00	Hasta S/. 15.00	Hasta S/. 20.00	Hasta S/. 25.00	Hasta S/. 30.00	Más de: S/. 30.00	Sin datos	Total
93	2	2	1					2	7
94	1	6		1				1	9
95	3	3						4	10
96	1	3						5	9
97	7	4						3	14
98	5	5						4	14
99	3	6		1			1	3	14
100	15	15						6	36
1	12	7					1	4	24
2	23	17	2				1	10	53
3	12	7	2	1				7	29
4	14	8	1	1				12	36
5	20	14	1	2				8	45
6	24	16	3	3				11	57
7	32	25	2	2		1	1	13	76
8	22	16	1				1	22	62
9	14	12	2			1		11	40
10	44	40	2			1		27	114
11	28	18	1	1			1	23	72
12	62	45	3	1			1	32	144
13	31	32	7	1				15	87
14	54	42	3	1			1	31	132
15	52	41	5					26	124
16	47	39	5	2				37	130
17	72	49	8	3				32	164

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

18	38	55	3			1	1	34	132
19	58	56	2	3				23	142
20	92	64	10	3			1	27	197
21	67	39	4	3				43	156
22	107	77	7	2			1	48	242
23	95	81	8	1		1		31	217
24	103	78	4	4		2		40	231
25	129	93	10	5		1		52	290
26	145	105	7	3			1	55	316
27	158	116	9	3				59	345
28	208	125	8	1		1	1	72	416
29	216	143	6	7			2	68	442
30	331	232	14	1	1	3	3	119	704
31	319	182	12	3	1	1	1	94	613
32	540	316	14	3	1		9	153	1036
33	625	362	12	1	2		5	187	1194
34	781	401	10	1	1	2	6	232	1434
35	792	343	10	1		1	4	160	1311
36	674	232	2	1			1	115	1025
37	511	186	2	1		1	1	79	781
38	264	94				1		32	391
39	73	24					1	7	105
40	17	7						1	3
41	2							2	26
			1	1					2
	6,945	3,883	204	68		18	46	2,082	13,253

Cooperativa de Consumo

En sesión del Consejo Directivo de 18 de diciembre último, el señor Gerente, informó sobre las comunicaciones recibidas del Consejo de Administración de la Cooperativa que estaban organizando los médicos y empleados de la Caja, en las cuales se solicitaban diversas medidas de protección por parte de la Institución.

Los señores directores después de imponerse de la forma como iba a funcionar la Cooperativa tomaron los siguientes acuerdos:

1º—Que la Agencia de Aduana de la Caja despache la mercadería importada por la Cooperativa, pagando ésta los gastos respectivos, siempre que esta labor no interfiera en la tarea principal que tiene la Agencia de despachar la mercadería importada por la Caja.

2.—Que los Hospitales puedan hacer adquisiciones en la Cooperativa, si hay ventaja económica para la Caja.

3.—Que las Oficinas pagadoras descuenten a los empleados, por quincenas, las sumas que resulten a su cargo por las compras hechas a la Cooperativa.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

4.—Con cargo al Fondo de Asistencia Social se entregará a la Cooperativa un donativo de S/. 50,000.00 para gastos de instalación.

5.—Con cargo al mismo Fondo se pagará los gastos administrativos por un período de seis meses, con un máximo de S/. 10,000.00 mensuales.

6.—Ratificar los nombramientos hechos por la Gerencia, de los señores Jorge A. Valcárcel y Sócrates Sulópulos, como representante de la Oficina Matriz ante el Consejo de Administración de la Cooperativa.

7.—La Caja asumirá los créditos de los empleados despedidos que tengan más de siete años de servicios prestados a la Institución, para hacerse pago de ellos con un porcentaje de la pensión.

8.—Con cargo al Fondo de Empleados se hará a cada empleado, que suscriba acciones de la Cooperativa, un préstamo equivalente al valor de las acciones suscritas. El préstamo será reintegrado al Fondo en un plazo máximo de veinte meses, sin intereses.

Mientras se amortiza el préstamo, las acciones de los empleados que no tengan siete años de servicios, permanecerán en depósito en la Administración del Fondo.

Afiliación de los choferes dependientes del Servicio público

Se ha dictado el Decreto Supremo Nº 177 "S. P." de 18 de diciembre último, cuyo texto se incluye en otra sección de este número, que declara comprendidos en el régimen de seguro social obligatorio, con la calidad establecida en el inciso a) del artículo 2º de la ley 8433, a los choferes del servicio público que ejerzan su actividad laboral dependiendo de propietarios de autos, en las zonas del territorio nacional afectas a este régimen.

Se amplía así, suplementándola, la esfera de protección a estos trabajadores para quienes se acaba de conceder también por Resolución Suprema de 30 de abril de 1953, los beneficios del 1º de mayo e indemnización por tiempo de servicios.

El Decreto aludido fija como tasa de contribución, en las provincias de Lima y Callao, la décima categoría de la tabla de cotizaciones establecida por el artículo 2º del Decreto Ley Nº 11321 la que será abonada por el propietario y chofer dependiente, en las proporciones del 6% y 3% en sus calidades de patrono y obrero respectivamente.

Se señala también el día 15 de enero de 1954 como fecha de la iniciación de la cobranza de cuotas en las provincias de Lima y Callao, ordenándose, además, que en las demás provincias de la República, proceda la Caja a verificar los estudios conducentes a la determinación de los

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

ingresos semanales promedios de los componentes de este grupo, para que el Poder Ejecutivo pueda señalar las fechas de iniciación de la cobranza de cuotas y otorgamiento de prestaciones.

Prestaciones a los pensionados de invalidez y vejez

De conformidad con los dispositivos legales vigentes, los pensionados de invalidez y vejez del seguro social obrero, pueden mantener el derecho a prestaciones del riesgo de enfermedad mediante el pago de una cuota del 4% calculada sobre el monto de sus pensiones.

Con referencia a este beneficio, el Supremo Gobierno acaba de dictar con fecha 2 de diciembre, el Decreto Supremo Nº 171 "S. P." que se inserta en la sección respectiva, que establece que los pensionados, con derechos declarados a la fecha de expedición de dicho Decreto, deberán ejercitar en el término improrrogable de cuatro meses, a partir de la misma, la respectiva opción, rigiendo igual plazo para los asegurados que en adelante adquieran el derecho a cobrar pensiones de invalidez y vejez.

Préstamos acordados por el comité ejecutivo de inversión del fondo de empleados

En aplicación del Acuerdo del Consejo Directivo de la Institución, se han otorgado entre el 14 de noviembre y el 23 de diciembre del año en curso, préstamos a funcionarios y empleados de la Caja para la construcción de su vivienda propia, que alcanzan un monto de S/. 1'123,747.36 los que agregados a los 4'774,599.51 hacen un total de S/. 5'898,346.87.

La siguiente es la relación de los servidores beneficiados, en el período citado, con las cantidades que se indican:

Fecha de la Sesión	Nombre del Funcionario	—	Monto del Préstamo
14—XI —53	María Layseca Borja de Lanfranco .	S/.	28,000.00
,, ,, ,,	Zaid Réategui Pérez	,,	35,000.00
,, ,, ,,	César A. Martínez Vargas	,,	118,000.00
,, ,, ,,	Jorge C. Carrión Angeles	,,	43,000.00
,, ,, ,,	César Ascensios Gambini y Olga Ramírez de Ascensios	,,	71,000.00
,, ,, ,,	Victoriano Zelaya León	,,	20,000.00

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

23—XII—53		José Figueroa Coz	„	40,500.00
		Carlos F. Guibovich Pérez	„	32,500.00
„	„	„	Ernesto Zapata Ballón	„	100,000.00
„	„	„	Germánica Canales Marcos	„	35,000.00
„	„	„	Alicia La Hoz de Rodrigo	„	37,500.00
„	„	„	Manuel Rivas Ríos	„	32,700.00
„	„	„	Sarela Hurtado Guzmán	„	54,795.88
„	„	„	Luis Sponza Gómez Sánchez	„	42,200.00
„	„	„	José Larco León	„	139,978.90
„	„	„	Ceferino Meza Chuquillanqui	„	18,000.00
„	„	„	Víctor Meza Valero	„	18,000.00
„	„	„	Victoriano Sáenz Ruiz	„	174,747.67
			AMPLIACIONES		
„	„	„	Luis Castillo Morante	„	8,000.00
„	„	„	René Obando Nevado	„	29,000.00
„	„	„	Gilberto Barrantes Barrantes	„	10,574.66
„	„	„	Leopoldo Molinari	„	12,250.25
„	„	„	Carlos Bustamante Vernal	„	23,000.00
					S/. 1'123,747.36

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Informacion Nacional

CENSO NACIONAL PARA 1955

El Gobierno del Perú, teniendo en cuenta la trascendencia que tiene para el país, el levantamiento de un Censo Nacional, expidió con fecha 16 de enero de 1953, un Decreto Supremo que al establecer que debe llevarse a cabo en 1955, un Censo General de la República, dispuso la iniciación de las labores preparatorias del Plan Censal.

El indicado Censo, no sólo comprenderá el aspecto demográfico, sino que las investigaciones a realizarse, abarcarán también los aspectos sociales y económicos del país.

A los fines enunciados, y en cumplimiento de la citada disposición, se encuentran en funcionamiento los siguientes organismos censales:

1.—Comisión Central del Censo Nacional (C. C. C. N.).

2.—Oficina Ejecutiva del Censo Nacional (O. E. C. N.).

3.—Comités Técnicos.

1.—**Comisión Central del Censo Nacional.**—Presidido por el señor Ministro de Hacienda y Comercio e integrado por funcionarios públicos de elevada jerarquía, este organismo directivo, con sede en la Capital y jurisdicción en todo el territorio nacional, se instaló el 10 de marzo pasado.

Su finalidad la constituye la elaboración del Plan Censal, actuando como entidad coordinadora de las distintas labores.

Tiene, además, como funciones propias: redactar su reglamento, revisar el de la O. E. C. N.; constituir con sus miembros, los Comités que el ejercicio de sus atribuciones así lo requiera; nombrar como aseseres de dichos comités a los expertos y especialistas, cuyos servicios

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

sean necesarios; dictar las resoluciones directivas y recomendaciones necesarias, para la elaboración del Plan Censal; supervisar la organización y funcionamiento de la O. E. C. N., dotándola del personal y de los medios requeridos, para el exacto cumplimiento de sus deberes; y en su debida oportunidad aprobar el respectivo proyecto de Censo Experimental, junto con los cuestionarios, instituciones y demás documentos complementarios.

2.—**Oficina Ejecutiva del Censo Nacional.**—Es la encargada de llevar a la práctica las distintas labores del Plan Censal, de acuerdo a las directivas del C. C. C. N. y de los Comités Técnicos

Para el mejor éxito de sus funciones, se ha organizado en las siguientes dependencias: Dirección, Asesoría, Secretaría, Departamentos Técnicos, Comisiones, (departamentales, provinciales, distritales y agencias censales) e inspecciones.

3.—**Comités Técnicos.**—Están integrados por miembros de la C. C. C. N. a los que corresponden el estudio y planeamiento de los diversos aspectos del proceso censal y acordar las respectivas directivas para su total ejecución. Con este propósito se han constituído los comités de Coordinación, Cartografía, de Censo de Vivienda, de Censo Agropecuario, de Censo Económico y de Reglamento Interno.

La C. C. C. N., de acuerdo al incremento de las labores de los Comités Técnicos, ampliará el número de sus miembros, incorporando a ellos, especialistas de reconocida competencia profesional, solicitando de las entidades fiscales, semifiscales y particulares, las personas que mejor ejerzan sus respectivas funciones económicas.

El Comité de Coordinación, ha acordado llevar a efecto, dentro del segundo trimestre del año en curso, un censo experimental que se levantará en las tres regiones del país, y que comprenderá los aspectos de población, vivienda y económico.

La realización del censo experimental, se justifica ya que tiene por finalidad obtener, en forma práctica, el conocimiento previo de las dificultades que, de diverso orden, pueden presentarse en una labor tan compleja como es el levantamiento de un Censo Nacional.

Este Censo Experimental, constituye un censo piloto, y permitirá ensayar los planes que se formulen para las diversas fases del proceso censal, contemplando los aspectos de economía, exactitud y rapidez. Su preparación y organización demandará la misma atención que el Censo Nacional, diferiendo únicamente de éste en la extensión, ya que a diferencia del Nacional, comprenderá sólo una parte mínima del territorio.

Este Censo piloto permitirá, además, entrenar personal, ensayar las cédulas o boletas que incluirán las preguntas de comparabilidad interna-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

cional y las que interesen al país, con lo que se apreciará las dificultades que se presentan. Los resultados del mismo serán publicados.

INDICE DEL COSTO DE LA VIDA

A base de la información de la Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Hacienda y Comercio, se publica a continuación el Indice del Costo de la Vida en las ciudades de Lima, Callao y Balnearios y que corresponde al mes de novimebre de 1953.

Los números indicadores de dicho Indice son los siguientes y deben leerse tomando como base el trienio 1934-36 al que se otorga una equivalencia como 100%.

Alimentación	783.0
Habitación	335.0
Indumentaria	628.0
Diversos	462.0

que dan un Indice General de Costo de Vida a esa fecha de 635.61.

Si observamos los precios al por menor de artículos alimenticios, se tiene que el Indice de noviembre del presente año, con relación a la base (1934—36=100), da como resultado 783.0. Si se compara esta cifra con la de octubre último (783.9) se nota una ligera disminución de 0.9 puntos, o sea el 0.1%. Al hacerse la misma comparación entre el mes de noviembre del año 1953 (783.0) y noviembre de 1952 (698.3) se nota un incremento de 84.7 puntos o sea el 12.1%.

En cuanto a los índices de precios al por mayor tenemos que el Indice General de Precios en el Mercado Mayorista o de ventas en gran escala en el mercado local, correspondiente al mes de noviembre último, tomando como base los datos del trieno 1934—36=100, alcanza la cifra representatativa de 894.2 que comparada con el índice General de octubre último (874.7) muestra un aumento de 19.5 puntos o sea el 2.2%.

Si se efectúa la misma comparación entre noviembre de 1953 (894.2) y noviembre de 1952 (845.4) se nota un aumento de 48.8 puntos o sea el 5.8%.

ACTIVIDADES DEL SERVICIO NACIONAL DEL EMPLEADO

El rasgo más interesante de la labor de este Organismo durante el mes de octubre, lo constituye la mayor utilización del Servicio de parte de los empleadores y el mejor funcionamiento en su tarea de llenar las vacantes de los solicitantes, consiguiendo colocaciones para los trabajadores.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

El interés por este Servicio se ha manifestado, no sólo en el incremento de las solicitudes de empleadores particulares, sino también de asociaciones y organismos del Gobierno.

Ha terminado también en este mes la primera etapa del estudio de las fuentes y utilización de la mano de obra del Perú, que consistió en el envío de formularios a todos los empleadores del país, para obtener datos sobre empleo en cada rama de la industria y la agricultura.

El Servicio ha enviado formularios a un total de 30,887 establecimientos de todas las regiones del país, incluyendo 12,318 en la zona industrial de Lima y Callao. Este número comprende a todos los empleadores conocidos del país, y es el resultado de un estudio completo de todas las fuentes de información, incluyendo todas las guías disponibles y datos obtenidos con la colaboración de muchas asociaciones y personas privadas, habiéndose recibido hasta la fecha 7,000 respuestas.

El Servicio acaba de terminar la codificación, de todas las provincias con sus distritos, y asimismo, de todos los jirones de Lima, Callao y Balnearios con anotación de los diferentes distritos en que pasa cada jirón.

LA DEMOGRAFIA DE LAS CAPITALES DE PROVINCIAS

El Departamento de Bio-Estadística de la Dirección General de Salud Pública, está haciendo circular una publicación que contiene datos demográficos correspondientes al año 1952, y que se refieren a la décima cuarta de la serie, que a partir de 1939, se edita anualmente.

La información corresponde a 135 capitales de provincias de un total existente de 139 y comprende el registro de los nacimientos y defunciones ocurridos en 1952.

Tomando en conjunto las capitales que informaron en 1951 y 1952, se encontró que estas ciudades registraron en 1952, un total de 118,213 nacimientos o sea 4.4% más que en 1951, habiéndose incrementado la tasa de natalidad de 36.7 por 1,000 habitantes en 1951 a 37.1 en 1952.

El mayor incremento de la tasa de natalidad la dieron las capitales de la Costa y de la Selva y hubo disminución en menor escala en las capitales de la Sierra.

En cuanto a defunciones generales, se observa que en el año 1952 se produjo una disminución en el total registrado, ya que la tasa de 13.0 en 1951, disminuyó a 11.9 en 1952, siendo esta reducción más marcada en las capitales de la Sierra y la Selva, pero en las de la Costa fué muy ligera.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Las defunciones infantiles fueron de 10,066, cantidad que fué ligeramente mayor que la del año 1951. Sin embargo, la tasa de mortalidad infantil para todas las capitales de provincias de la República, disminuye de 86.8 defunciones por 1,000 nacimientos en 1951 a 85.2 en 1952. Hubo sí, un ligero incremento en las ciudades de la Sierra en contraposición de las ciudades capitales de la Costa y Selva.

Por último, en lo que se refiere a defunciones fetales la cifra total dada por las capitales de las regiones, dió una mayor cantidad de defunciones fetales en 1952, y en consecuencia la tasa se incrementó de 25.4 por 1,000 nacimientos en 1951, a 35.7 en 1952. Este aumento fué más evidente en las capitales de la Costa, habiéndose registrado una ligera reducción en la Sierra y Selva.

Estadística asistencial de la República

Obtenidos del Departamento de Estadísticas Sociales y de Trabajo de la Dirección Nacional de Estadística, presentamos a continuación algunos resúmenes estadísticos de la asistencia hospitalaria en la República, durante el año 1952.

Sobre un total de atendidos de 202,611, han sido dados de alta 181,253 y han fallecido 9,585 quedando al terminar el año, para continuar asistiéndose 11,773; además se han registrado en los consultorios externo y noticias de los hospitales 2'475,582 atenciones.

El siguiente cuadro comparativo nos muestra el tráfico de pacientes durante los años 1951 y 1952, por enfermedades:

Enfermedades	Dados de alta	Fallecidos	Dados de alta	Fallecidos
Infecciosas y Parasitarias ..	26,863	3,127	27,965	3,557
Neoplasmas	5,205	677	4,621	657
Enf. alérgicas de la nutric. .	1,809	166	1,526	139
Enf. de la sangre y órganos.	1,144	155	1,110	167
Enfermedades mentales y psiconeurosis	2,020	37	1,839	35
Enfermedades del sistema nervioso y sentidos	4,812	456	4,241	417
Enfermedades del sistema circulatorio	3,506	630	3,077	517
Enfermedades del aparato respiratorio	18,144	1,152	24,749	1,292
Enfermedades del tubo digestivo	23,151	1,136	21,155	1,038
Enfermedades del aparato génito urinario	7,005	293	5,874	230

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Alumbramiento, embarazo y puerperio	47,087	160	42,477	146
Enfermedades de la piel y tejido celular	6,008	41	5,542	36
Enfermedades de los huesos y órganos del movimiento	5,177	56	4,398	57
Vicios congénitos de conformación	569	100	614	29
Enfermedades de la primera infancia	750	260	599	260
Síntomas y senilidad	607	154	329	147
Accidentes, envenenamientos y violencias	17,324	619	15,850	502
Otras enfermedades no especificadas	10,072	366	8,241	364
T O T A L	181,253	9,585	174,207	9,590

Durante el año 1952, han sido atendidos en la República, un total de 13,636 enfermos de T. B. C. de los que 2,281 corresponden a la zona del Norte; 8,581 a la del Centro; 2,600 a la del Sur y 174 a la del Oriente; debiendo remarcarse que Lima es la ciudad que ha tenido el más alto número de afectados de esta dolencia con 5,530. Del total de 13,636 atendidos han dados de alta 11,810, habiendo fallecido 1,826.

CENTRAL DE ASISTENCIA SOCIAL

Departamento de la Madre y Recién nacido.—La Central de Asistencia Social que fundara y dirige la señora María Delgado de Odría, inauguró con fecha 28 de mayo del año próximo pasado el Departamento de la Madre y el Recién Nacido destinado a atender a las madres indigentes que se encuentran en estado de gestación, así como al recién nacido.

En los 7 meses de funcionamiento, este Departamento que ha llevado los beneficios de su asistencia a los más apartados puntos de nuestra Capital ,ha atendido a 1,467 parturientas de las cuales 1,233 lo han sido en su domicilio y 234 en un pabellón especial de la Maternidad de Lima.

Igualmente se han otorgado 3,221 consultas de pre-natal y 4,604 atenciones de puerperio.

IV Congreso Peruano de Química

Organizado por la Sociedad Química del Perú, en conmemoración del XX aniversario de su fundación se realizó con fecha 17 de octubre último en el Paraninfo de la Facultad de Medicina, la ceremonia inaugural del IV Congreso Peruano de Química que fué presidida por el Ministro de Fomento y Obras Públicas y a la que asistieron numerosos delega-

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

dos de instituciones científicas, miembros de institutos superiores y público en general. En el curso de la misma fué proclamado como Presidente de Honor del Congreso, el señor General don Manuel A. Odría, Presidente Constitucional de la República y como Presidente del certamen el doctor Fortunato Carranza.

Después del discurso pronunciado por el doctor Carranza, hicieron uso de la palabra el doctor Gonzalo Gurmendi, Presidente de la Sociedad Química del Perú, y el Ingeniero Manuel Rodríguez Escribens, Vicepresidente del Congreso.

Finalmente el Ministro de Fomento, Ingeniero Miranda Sousa en representación del señor Presidente de la República, declaró inaugurado el Congreso.

UNIDAD VECINAL DEL RIMAC

Docientos treinta y cuatro departamentos de la Unidad Vecinal del Rímac, obra del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, fueron inaugurados en el mes de octubre último y entregados a sus locatarios, por el señor Presidente Constitucional de la República en ceremonia que alcanzó relevantes contornos. Se trata sólo de la primera fase de esta obra, que a su término contará con 1,636 departamentos donde tendrán alojamiento 10,000 habitantes.

Los departamentos entregados constan de 2, 3 y 4 dormitorios, baño, cocina, patio y demás servicios y los arriendos, en los que el Fondo de acuerdo con la ley no cobra ningún interés, oscilan entre S/o. 160.00 y S/o. 260.00 mensuales.

La obra realizada representa pues el primer paso de un Plan de vastos alcances, en cuyo desarrollo está decididamente empeñado el Gobierno.

AYUDA CHILENA PARA EL CUSCO

Con la concurrencia del Ministro de Salud Pública del Perú, funcionarios oficiales y miembros de la representación diplomática de Chile, se realizó con fecha 21 de octubre, en el local del Ministerio de Relaciones Exteriores, una significativa ceremonia durante la cual el Embajador de Chile, señor Enrique Gallardo Nieto, hizo entrega oficial al Canciller del Perú, doctor Ricardo Rivera Schreiber, de los fondos reunidos por el Gobierno chileno para auxilio del Cusco, destinados a financiar la construcción de un pabellón de Salud Pública en la ciudad imperial, que llevará el nombre de don Bernardo O'Higgins. Además de la contribución chilena a la reconstrucción del Cusco, ascendente a S/o. 1'039,562.57, también fueron entregados al Canciller peruano los planos preparados para dicho pabellón.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

En el curso de la actuación se cambiaron expresivos discursos entre el Embajador chileno y el Ministro de Relaciones del Perú.

"CASA DE LOS NIÑOS" DE AREQUIPA

Con fecha 27 de octubre fué inaugurada en la ciudad de Arequipa la Casa de los Niños, para cuya ceremonia —en representación del señor Presidente de la República— arribó el Ministro de Justicia Sr. Alejandro Freund Rosell. Dicha casa forma parte del Instituto de Menores Alfonso Ugarte.

Durante la importante ceremonia que contó con la concurrencia de connotadas personalidades, el señor Ministro pronunció un importante discurso en el que entre otras cosas manifestó que "en la política constructiva que desarrolla el Gobierno con el dinamismo realizador que la caracteriza, la obra de asistencia social ocupa lugar preferente, y dentro de ella, la protección a la infancia en estado de abandono o de peligro moral y material, merece cuidadosa atención, ya que proteger y salvar a la niñez necesitada es cumplir una misión de caridad cristiana, velar por el porvenir de la Nación y defender el mejor patrimonio de ella y que a tal fin tiende el establecimiento que se inauguraba".

Continuó el Ministro manifestando que en el orden técnico el régimen a seguirse comprenderá el estudio de la personalidad del menor, en sus diversos aspectos redactándose las correspondientes cartillas individuales, la clasificación del mismo, su separación para el más adecuado tratamiento, la educación moral y religiosa, la enseñanza cívica, la instrucción en general y el aprendizaje de oficios que más se acomodan a su índole y aptitudes.

Terminó el señor Ministro declarando inaugurado el establecimiento.

ANIVERSARIO DE LA UNICEF

Con fecha 11 de diciembre de 1953, cumplió tres años de labor en el Perú la Unicef —Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia— y siete de existencia.

Es de relevar que dentro de este lapso, ha venido ampliando sus programas de atención a punto de efectuar al momento, trabajos de control de malaria, un programa materno-infantil en la zona comprendida entre Lima y Pativilca; otro similar en Ica; un plan global sanitario en el Callao y campañas de atención materno-infantil y de sanidad escolar en Arequipa, contra la tos convulsiva, difteria, el tifus y un vasto plan dietético a base de alimentación complementaria.

La Unicef colabora con el Gobierno del Perú, el que a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tiene en desarrollo un

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

vasto programa en favor de la niñez y de las madres, y de las clases indígenas de la Sierra y la Costa.

Este organismo internacional para la infancia que hasta hace poco se le denominó "Socorro a la Infancia" ha asignado hasta el momento al Perú, por intermedio de su Junta Ejecutiva, la suma de S/o. 73,000 dólares o sea alrededor de S/o. 12'787,000.00.

La Unicef mantiene en Lima su Oficina Regional para América Latina y una Misión para el Perú.

LLEGADA DEL JEFE REGIONAL DEL PROGRAMA ANDINO DE LA O. I. T.

En el mes de octubre último llegó a esta Capital el señor Enrique S. de Lozada, funcionario de las Naciones Unidas, quien viene para asumir la Jefatura de la Oficina Regional de Lima de la O. I. T.

Dicha Oficina Regional está encargada de la aplicación del Programa de Asistencia Técnica en favor de las poblaciones aborígenes del Altiplano Andino, emprendido por la O. I. T. en colaboración con las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, la Unesco, y la Organización de los Estados Americanos que comprende la realización de labores de la República de Bolivia, Ecuador y Perú.

CLAUSURA DEL SEGUNDO CICLO DE INFORMACIONES SOBRE CUESTIONES SOCIALES PARA TRABAJADORES

Con asistencia del señor Presidente de la República General de División don Manuel A. Odría, se efectuó con fecha 29 de diciembre, en el salón "Las Américas" del Estadio Nacional la ceremonia de clausura del Segundo Ciclo de Cuestiones Sociales para trabajadores, en el curso de la cual hicieron uso de la palabra el señor Director de Trabajo, Comandante Manuel Pérez Godoy, quien reseñó la labor realizada en este segundo Ciclo, delegados obreros, el Dr. Luis Antonio Eguiguren y el señor Presidente de la República quien declaró clausurado este ciclo.

En esta actuación fueron entregados certificados de haber seguido el curso a más de 400 trabajadores, sumando en consecuencia, cerca de 2,000 los que han asistido al primer y segundo ciclo, que tuvieron por objeto impartir, a quienes laboran como empleados y obreros, los conocimientos elementales del Derecho del Trabajo, —derechos y obligaciones— como un medio de encontrar el equilibrio entre el Capital y el Trabajo.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Información Extranjera

ORGANISMOS INTERNACIONALES

REUNION DE LA MESA DIRECTIVA DE LA A. I. S. S.

Entre el 25 y 27 de noviembre último, se reunió en Roma la Mesa Directiva de la A. I. S. S., bajo la presidencia del Sr. Renato Morelli, Presidente de la Asociación.

En el orden del día de la reunión, figuraban los siguientes puntos:

1.—XIIa. Asamblea General;
2.—Próxima reunión del Comité Ejecutivo;
3.—Reuniones de las Comisiones permanentes de la A. I. S. S.
4.—Cuestiones diversas.

Respecto al primer punto y a propuesta del Sr. Sánchez Juárez, del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Mesa directiva decidió que la XIIa. Asamblea General se celebre en México el mes de octubre de 1955, de acuerdo a la invitación formulada por este país, aceptada oportunamente por el Comité Ejecutivo.

El orden del día de dicha Asamblea, contiene los siguientes puntos: progresos recientes en materia de seguridad social; seguro de enfermedad; asignaciones familiares (conclusiones del informe adoptado por la XI Asamblea General); seguro de invalidez o seguro de accidentes; problemas de reciprocidad en la seguridad social.

Seguro de Enfermedad.

En relación con esta cuestión, la Mesa directiva, decidió que la misma fuera tratada en un sólo informe, que estará a cargo de nueve ponentes representantes de las diversas tendencias y de los diferentes sistemas de seguro de enfermedad.

Estos expertos serán: Sr. P. Früs Olsen, Director de la Federación Central de Cajas de enfermedad de Dinamarca (provisionalmente) Sr.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

K. Kuge, Jefe de la Oficina de Seguro Social del Ministerio de Previsión Social del Japón, Dr. A. Massey, Médico Jefe del Ministerio de Pensiones y del Seguro Nacional de la Gran Bretaña, Sr. R. Melas, Director de la Federación de Instituciones de Seguros Sociales de Austria, Sr. Clément Michel, Director de la Federación Nacional de Organismos de Seguridad Social de Francia, Sr. G. Petrilli, Director del Instituto Nacional del Seguro de Enfermedad de Italia, Sr. E. Zapata, Director-Gerente de la Caja Nacional de Seguro Social del Perú, y un experto brasileño que será designado por la Comisión permanente del Brasil para las relaciones con la A. I. S. S.

Las discusiones del Comité, que se reunirá el mes de mayo de 1954, se desarrollarán sobre la base de una lista de puntos preparada por el Secretario General, en colaboración con las divisiones técnicas de la Oficina Internacional del Trabajo.

Los trabajos preliminares del Comité se someterán posteriormente a un Comité de Expertos abierto a todos los miembros de la Asociación, que se reunirá antes de la Asamblea General.

Asignaciones Familiares.

Se acordó sobre este punto, la reunión de un Comité de expertos abierto a todos los miembros de la A. I. S. S., inmediatamente después de la reunión del Comité Ejecutivo en Israel, los días 27 y 28 de octubre de 1954.

Seguro de Accidentes.

Como resultado de la consulta por correspondencia verificada por el Secretario General, con los miembros del Comité Ejecutivo de la Asociación, se eligió este punto para integrar el orden del día de la próxima Asamblea. Sin embargo, después de amplio debate, la Mesa directiva decidió que la cuestión del Seguro de Accidentes sea omitida provisionalmente en el orden del día de la XII Asamblea, y que el informe sobre "la influencia de la readaptación profesional sobre la evaluación de la invalidez" que se discutirá en la próxima reunión de la Comisión médico-social, se comunique a la Asamblea General.

La Reciprocidad en la Seguridad Social.

Se designó como presente sobre este punto, al Sr. T. Stephans, Jefe de División en el Ministerio de Pensiones y del Seguro Nacional de la Gran Bretaña.

PROXIMA REUNION DEL COMITE EJECUTIVO

Se celebrará los días 25 y 26 de octubre de 1954, en Jerusalén, de acuerdo con la decisión previa del Comité Ejecutivo.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

REUNIONES DE LAS COMISIONES PERMANENTES

I.—Comisión médico-social.

Se decidió que esta reunión se celebre en Israel, después de la reunión del Comité Ejecutivo y del Comité de Expertos sobre las asignaciones familiares, del 28 al 30 de octubre de 1954.

Por decisión del Comité Ejecutivo, será inscrito en el orden del día de esa reunión, el problema de la influencia de la readaptación profesional sobre la invalidez, habiendo la Mesa Directiva nominado como ponente de este tema al Dr. R. Springer, Consejero técnico médico del Instituto del Seguro Social del Sarre.

II.—Comisión de la Mutualidad.

Se acordó que la Mesa de la Comisión de la mutualidad se reuna el 2 de febrero de 1954 en Ginebra, y que la Comisión se reuna el mes de mayo, al mismo tiempo que el Comité de ponentes sobre el seguro de enfermedad.

NUEVOS MIEMBROS DE LA A. I. S. S.

BELGICA.

Oficina Nacional de Pensiones para los Trabajadores.
158, rue Royale.
Bruselas.

HOLANDA.

Asociación de los Consejos de Trabajo.
Rhijnspoorplein. 1.
Amsterdam. 0.

Consejos de Cajas de Enfermedad.
P. C. Hoofstraat 162-166.
Amsterdam.

ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO

La Asistencia Técnica en 1953.

Durante el año 1953, más de 100 expertos destacados en diversas regiones del mundo señalaron la contribución de la Organización Internacional del Trabajo al programa de asistencia técnica emprendido por las Naciones Unidas y las demás Agencias Especializadas.

En el transcurso del año, la O. I. T. otorgó unas 130 becas; 100 trabajadores recibieron entrenamiento en países extranjeros y fueron concedidas 50 bolsas de estudios.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Más del 50% de los fondos disponibles fué destinado al aprendizaje técnico de los trabajadores y un 15 por ciento a programas de cooperación y artesanía. El resto fué destinado a proyectos de seguridad e higiene de los trabajadores, seguridad social, servicio del empleo, productividad, estadística, etc.

SEPTIMA ASAMBLEA GENERAL DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

La Asociación celebró su séptima asamblea general en La Haya del 31 de agosto al 5 de setiembre pasados, con la asistencia de delegaciones de 43 asociaciones médicas nacionales, que representan en total a 700,000 miembros, así como observadores de la O. I. T., O. M. S. y de otras organizaciones no gubernamentales.

Presidió la Reunión el profesor L. A. Hulst.

En el orden del día figuró el examen de un informe sobre la remuneración de los médicos en los sistemas de seguridad social, el que analiza las ventajas e inconvenientes que representan los diferentes métodos de remuneración, indicando que este problema se haya relacionado con la situación del médico en la sociedad, la que a su vez está condicionada por la concepción popular que se tiene de la salud, a diferencia de la concepción médica que se tiene de la misma. El informe recomienda que la Asociación compite en forma sistemática informaciones sobre los métodos y cuantía de la remuneración de los médicos y, en general, sobre las condiciones de los honorarios que exigen, para posteriormente examinarse la conveniencia de convocar una conferencia internacional.

Al término de la discusión de este informe, la Asociación adoptó una resolución declarando que la profesión médica deberá rechazar cualquier método de remuneración que pueda afectar a la idoneidad de la atención médica o que no se adapte a la ética profesional, y reafirmando los doce principios adoptados anteriormente.

La Asamblea tomó conocimiento posteriormente de una exposición sobre el actual sistema de establecimiento de certificados de incapacidad de trabajo en los Países Bajos; según el cual, el certificado no es extendido por el médico que asiste al paciente, sino por un médico funcionario de la Caja del Seguro de Enfermedad, que ha de examinar al enfermo a tal efecto.

Se reconoció que el sistema es costoso, pero que aumenta la confianza del paciente en el médico que le asiste.

SEMINARIO SOBRE NOTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Iniciado bajo la dirección técnica del Dpto. de Epidemiología y Estadística de la Oficina Sanitaria Panamericana y con la colaboración

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

de la Organización Mundial de la Salud, el Servicio Nacional de Salud de Chile, la Escuela de Salubridad y el Centro Interamericano de Bioestadística se llevó a cabo, en Santiago de Chile, del 30 de noviembre, al 11 de diciembre, el Seminario sobre Notificación de las Enfermedades Transmisibles al cual concurrieron delegados de cada uno de los países de la América del Sur en representación de los Organismos Sanitarios Nacionales. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Perú nombró como delegados al Dr. Carlos Quiroz S. Jefe del Dpto. de Epidemiología y al Dr. O. Téllez Sarzola, Jefe del Dpto. de Bioestadística.

El objetivo principal de este Seminario ha sido de reunir a los epidemiólogos y estadígrafos de la América del Sur con el fin de elaborar procedimientos y preparar recomendaciones para la notificación local, nacional e internacional de enfermedades transmisibles. Para este objeto el programa y organización del Seminario se dividió en dos partes, la primera de las cuales consistió en la lectura de varios trabajos sobre los aspectos generales de la Notificación y los procedimientos en uso en algunos países de la América del Sur y el manejo de la Notificación de ciertas enfermedades. Para la segunda parte, a los delegados se les dividió en tres grupos quienes trataron sobre temas concretos para discusión y recomendaciones. Estos fueron los siguientes: Leyes y Reglamentos; Sistemas locales de Notificación, Análisis y Publicación de los Datos; Lista de Enfermedades Notificables, Sistemas Nacionales de Notificación y Métodos para mejorar las Notificaciones. Cada grupo abordó el tema asignado en forma detallada, nombrándose para ello un Presidente de Grupo, un Relator y un Secretario. Después de dos días de deliberación cada grupo presentó las recomendaciones que se habían acordado, las cuales fueron discutidas en sesión plenaria del Seminario.

Igual procedimento se utilizó para el segundo tema asignado a cada grupo; y en el último día del Seminario, se leyeron las recomendaciones generales sobre los diferentes puntos relacionados con la Notificación de las Enfermedades Transmisibles, y que están contenidas en el informe final. Incluyen estas pautas sobre el sistema de notificación Local detallándose en este capítulo los métodos y las fuentes de Notificación, además de señalar la lista mínima de enfermedades y los datos que debe incluirse, y el manejo y mecanismo de la notificación. Igualmente se ha dado atención al sistema Nacional de Notificación puntualizando para ello las finalidades del sistema, la recepción y elaboración de los datos y su uso dentro del país y la publicación y distribución de las informaciones epidemiológicas.

También se dieron recomendaciones específicas sobre ciertos métodos, que se deben poner en vigor para mejorar las notificaciones y que consisten en la ejecución de medidas de orden legal, de orden educativo e informativo y las de orden administrativo que tiene por objeto obtener en cada país la cooperación de los profesionales médicos y de las instituciones asistenciales en favor de una más pronta y más completa notificación de casos de enfermedades transmisibles.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Se consideró fundamental, que la aplicación de las recomendaciones y su éxito en ejecutarlas dependía básicamente en el grado de organización sanitaria de cada país, objetivo hacia el cual se debe trabajar para lograrlo en el futuro inmediato.

BELGICA

El Paro entre los trabajadores mayores de cincuenta años.

De acuerdo a estadísticas recientes, el 42 por ciento de hombres parados y el 19 por ciento de mujeres, han pasado ya la edad de cincuenta años.

Una investigación efectuada por la Oficina Nacional de Colocación en 112 establecimientos industriales para buscar las razones del paro entre los mayores de cincuenta años ha permitido observar, en general, que las industrias que ocupan una numerosa mano de obra especializada, emplearon un porcentaje de trabajadores mayores de cincuenta años mayor que los demás.

Los trabajadores de edad avanzada se suprimen cuando se trata de la ejecución de trabajos pesados o por equipos. Sin embargo, los prefiere cuando están especializados en un trabajo determinado..

Los trabajadores mayores de cincuenta años no se admiten principalmente, a causa del exceso de mano de obra. Además, en muchos casos estos trabajadores se adaptan difícilmente a los métodos y maquinarias modernas que, además de disminuir los trabajos duros, suprimen un número de operaciones que exigirían una mano de obra muy calificada, como ocurre en la industria del lino. Los patronos prefieren muchachos de catorce a dieciséis años, susceptibles de adaptarse rápidamente a los métodos modernos.

CHILE

Régimen de asignaciones familiares.

Por Decreto Nº 245 de 23 de julio de 1953, se ha establecido en Chile un sistema de asignaciones familiares en favor de los obreros imponentes del Servicio de Seguro Social, con exclusión de los asegurados independientes.

De acuerdo al mismo, los asegurados tienen derecho a percibir asignación familiar por:

a.) la esposa legítima;
b.) los hijos legítimos y naturales menores de quince años de edad o inválidos de cualquier edad;

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

c.) los hijos mayores de quince años y menores de dieciocho que efectúen estudios determinados;
d.) el padre y la madre legítimos o naturales y la madre ilegítima, mayores de sesenta y cinco años de edad, o inválidos de cualquier edad.

Se otorga asignación a estas personas, siempre que las entradas mensuales totales de cada una de ellas sean inferiores al 25 por ciento del salario medio de pensiones definido por el art. 5º de la Ley 10883, o sea el cuociente entre la suma de salarios base mensuales de las pensiones de invalidez, vejez y de viudedad y el número de personas que obtuvieron esas pensiones.

Se financiará el régimen con una imposición patronal inicial del 13 por ciento de los salarios sobre los que se hacen imposiciones al Servicio del Seguro Social y una imposición obrera del 2 por ciento de los mismos.

El Presidente de la República fijará anualmente las tasas patronal y obrera que habrán de pagarse para asignaciones familiares, no pudiendo aumentarse a más de 15 y 3 por ciento respectivamente.

La asignación familiar será igual para todos los obreros y de monto igual por cada carga que la motive.

Los asegurados percibirán mensualmente, a partir del mes de enero de 1954, por cada día trabajado y por cada carga, una asignación familiar equivalente al 0.35 por ciento del salario medio de pensiones ya mencionado.

El Ministerio de Trabajo podrá autorizar el funcionamiento de cajas de compensación particulares, instituídas por asociaciones patronales con personalidad jurídica, siempre que estas cajas paguen asignación igual o superior hasta en un veinte por ciento a la que pague el Servicio de Seguro Social y que no cobren cotización obrera.

Cuando el costo de la asignación que paguen estas cajas represente menos del 13 por ciento de los salarios de los obreros afiliados a ellas, las Cajas deberán pagar la diferencia hasta completar el 13 por ciento al Servicio del Seguro Social.

ESPAÑA

Ley de seguro escolar.

Por Ley del 17 de julio se ha establecido en España el Seguro Escolar. En el capítulo primero se dispone que este nuevo régimen se instituye con la finalidad de ejercitar la Previsión Social en beneficio de los estudiantes españoles, atendiendo a su más amplia protección y ayuda contra las circunstancias fortuitas y previsibles.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

El Capítulo segundo, referente al campo de aplicación, comprende con carácter obligatorio a todos los estudiantes españoles que reúnan las condiciones que reglamentariamente se establezcan.

En la primera fase, se aplicará a los estudiantes pertenecientes a la enseñanza universitaria y de Escuelas Técnicas Superiores, autorizándose al Gobierno para extender el Seguro a los demás grados de enseñanza y a los estudiantes hispanoamericanos, portugueses y filipinos, así como a los de los restantes países, cuando existan tratados o convenios sobre el particular o una reciprocidad pactada o expresamente reconocida.

La edad límite para el estudiante asegurado será de 28 años.

Establece el capítulo tercero las siguientes prestaciones:

a.) por infortunio familiar;
b.) por accidentes;
c.) por enfermedad;
d.) de ayuda al graduado.

La concesión de estos beneficios se hará por etapas sucesivas y se iniciarán con las dos primeras.

La aplicación del Seguro Escolar queda encomendada al Instituto Nacional de Previsión, por medio de una Mutualidad dependiente del Servicio de Seguros Voluntarios.

Para la dirección de la Mutualidad se constituirá un Consejo integrado por representantes del Ministerio de Educación Nacional, del Instituto Nacional de Previsión y del Sindicato Español Universitario o, en su caso, del Frente de Juventudes o de la Sección Femenina.

En cuanto a los recursos de la Mutualidad, estarán constituídos por la aportación del Estado, las cuotas abonadas por los estudiantes, las subvenciones, donativos y legados, y las rentas de los bienes propios de la Mutualidad.

FINLANDIA

Centro de Higiene del Trabajo.

Finlandia pierde cada año, a consecuencia de enfermedades y accidentes, unas 20,000 personas aptas para el trabajo. Para remediar esas pérdidas económicas se ha inaugurado el Centro de Higiene del Trabajo.

En ese Centro se facilita asistencia Sanitaria a cargo de médicos especialistas y se controla el estado de los obreros por medio de reconocimientos periódicos destinados a evitar las enfermedades profesionales.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Además, la Sección Psicológica del Centro se ocupa de la higiene mental. Entre sus principales trabajos figuran análisis psicológicos en las distintas profesiones, psicodiagnósticos, estudios sobre el trabajo desde el punto de vista psicológico, etc., realizando también test con las personas que desean trabajar en profesiones que exigen aptitudes especiales.

Finalmente, se realizan análisis de los productos en bruto y de los productos térmicos en los casos en que se supone sean susceptibles de producir enfermedades profesionales.

GRAN BRETAÑA

Seguros Sociales.

Importantes enmiendas han sido introducidas en el régimen británico de seguros sociales, vinculadas principalmente a las prestaciones de maternidad, la duración de las prestaciones de desempleo, las prestaciones pagadas en caso de accidentes del trabajo y la organización del Ministerio encargado de regir el seguro social.

En cuanto a los beneficios de maternidad, las nuevas disposiciones entraron en vigor el 26 de octubre de 1953, y según ellas, se continúa otorgando una asignación global de maternidad, pagadera a las mujeres grávidas a base de su propio seguro o del de sus esposos, pero elevándola de 4 a 9 libras esterlinas, sujeta en cuanto a su período de espera, al pago de 26 cotizaciones semanales por la beneficiaria o su esposo; además, deberá haber pagado, o haberle sido acreditadas (en concepto de semanas de enfermedad o desempleo) 26 cotizaciones durante el último año de cotización que preceda al año de prestaciones en el que tenga lugar el alumbramiento (el año de prestaciones comienza cinco meses después del final del año de cotización).

Se prevé además la asignación de una suma global de 3 libras en caso de alumbramiento en el propio domicilio o en cualquier otro lugar que no sea un establecimiento dependiente del Servicio Nacional de Sanidad o subvencionado por el Estado.

Se ha suprimido el subsidio de una libra semanal que se pagaba anteriormente durante cuatro semanas después del alumbramiento a las madres de familia y a otras personas que satisfacieran ciertas condiciones de cotización, pero que no tuvieran derecho al subsidio ordinario de maternidad.

La tarifa básica del subsidio de maternidad pagadero a una mujer asalariada o que ejerza una profesión independiente, mientras renuncia a un trabajo remunerado, queda reducida ligeramente, pero su duración máxima se ha prolongado, pagándose ahora 32 chelines 6 peniques durante 18 semanas, previéndose prestaciones suplementarias.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

En lo que concierne a las prestaciones de desempleo, se ha introducido igualmente determinadas reformas en cuanto a la duración del período adicional subsidiado, fijado ahora en 312 días, que añadido al período normal de 180 días, da como resultado una duración potencial máxima de 492 días.

Finalmente, se ha formulado cierto número de cambios en el régimen de seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, entre los que el más importante es el que establece que las pensiones de invalidez serán en lo sucesivo pagadas siempre que la pérdida de las facultades mentales o físicas, como consecuencia de un accidente del trabajo o enfermedad profesional, sea calculada en un 1 por ciento o más, independientemente de la perspectiva de que la invalidez sea permanente o grave.

El subsidio suplementario en concepto de tratamiento hospitalario, que constituye la tarifa completa de la pensión de invalidez, es pagadero al beneficiario de un subsidio de invalidez, así como a los titulares de pensiones de invalidez

Además, la tarifa más elevada de pensión de la viuda, cuyo marido falleciera a causa de accidente del trabajo o enfermedad profesional (37 chelines semanales en vez de 20 chelines), se pagará cuando la viuda alcance la edad de cuarenta años si tuviera derecho a un subsidio respecto de un hijo del trabajador fallecido, en vez de la edad de cincuenta años como se disponía anteriormente.

La nueva ley permite también hacer extensivo el seguro de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales a las personas empleadas a bordo de los buques o aeronaves, cuando su armador o la persona que remunere a la tripulación tenga su razón social en Gran Bretaña, aún en el caso de que el barco o la aeronave no hubieran sido armados o registrados en el país.

Una orden adoptada en Consejo de Ministros con fecha 1º de agosto de 1953 dispone la fusión del Ministerio de Seguro Nacional, que administraba los regímenes de Seguro Nacional y de Seguro de Accidentes de Trabajo y de Enfermedades Profesionales, con el Ministerio de Pensiones que administra el régimen de pensiones de los ex-combatientes.

El nuevo Ministerio, que fué creado el 31 de agosto de 1951, se denomina Ministerio de Pensiones y del Seguro Nacional.

Tercer Informe del Actuario del Gobierno

El Actuario del Gobierno ha presentado un informe sobre el ejercicio del Seguro Nacional durante el año que finalizó el 31 de marzo de 1952.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Según dicho informe, durante el año 1951 se pagaron cotizaciones por más de 23 millones y cuarto de personas, distribuídas en la siguiente forma: 16 millones de hombres, más de 2 millones y tres cuartos de mujeres casadas y, aproximadamente, 4 millones y medio de mujeres solteras, viudas y divorciadas. De dicho total, más de 21 millones y cuarto eran trabajadores por cuenta ajena, cerca de un millón y medio trabajadores autónomos, y poco más de medio millón, personas no empleadas. Las cifras referentes al año 1951 acusan un ligero cambio respecto al año 1950. En el último año hubo de 100,000 a 150,000 más mujeres casadas que cotizaron. Seguidamente se refiere el informe al estado de cuentas de los Fondos del Seguro Nacional relativo al año financiero 1951-1952 ,y según el cual dichos fondos han experimentado un aumento de 101 millones de libras en relación al año anterior.

El balance del Fondo del Seguro Nacional al 31 de marzo de 1952 fué de 574 millones y medio de libras, y el del Fondo de Reserva, de 783 millones. Los ingresos fueron aproximadamente, de 519 millones de libras esterlinas.

El costo de las pensiones supera los 400 millones de libras anuales.

Disminución de la mortalidad infantil

El promedio de la mortalidad infantil registrado en Gran Bretaña en el año 1952 fué de 27.6 por 1,000. Este promedio que hace cincuenta años era de 170, y hasta de 220 en las ciudades industriales, es el más bajo que se ha registrado hasta el presente, y puede compararse con el 20 por mil de Suecia, el 23 de Holanda y el 29 de Estados Unidos.

Entre las causas que ha contribuído a la disminución de la mortalidad infantil, destacan por su importancia: la mejora de las viviendas, los perfeccionamientos introducidos en la Higiene Pública, que ha destruído el mayor número de focos de infección; la puesta en práctica de la nueva teoría sobre la helioterapia y aeroterapia, el aprovisionamiento de leche pasteurizada, el uso de ropas más higiénicas y, finalmente, la asistencia asidua y constante por parte de médicos y visitadoras que ven ahora el resultado práctico y altamente alentador de una labor constante y callada durante los últimos cincuenta años.

Nombramiento de una Comisión para estudiar los problemas relativos a la vejez.

A consecuencia del aumento que se espera se produzca en el mundo, de hombres y mujeres que sobrepasen la edad mínima para percibir las pensiones de vejez, cuyo número según supone el Canciller del Tesoro, será superior en el período 1952 a 1977 al 40 por ciento del

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

actual, el Ministro de Trabajo ha nombrado una Comisión asesora sobre el empleo de los trabajadores ancianos y sobre las consecuencias a largo plazo de dicho aumento.

HOLANDA

Reorganización del Seguro Social

La administración de los Seguros de Accidentes del Trabajo, Enfermedad, Vejez, Invalidez, Muerte, Paro y Subsidios familiares, ha quedado reorganizada en Holanda.

La administración ha sido confiada a las Asociaciones Industriales establecidas para cada industria o rama de la misma por organizaciones de patronos y trabajadores. Un Consejo tripartito de Seguros Sociales controla y coordina su administración.

Con arreglo a esta nueva disposición, todos los patronos de una industria quedan obligados a incorporarse a la Asociación Industrial establecida, para los efectos de administrar en la misma el Seguro Social. La afiliación es también obligatoria para los trabajadores.

El Consejo del Seguro Social está constituído por un Presidente nombrado por la Corona, y 30 miembros. De éstos, una tercera parte es designada por el Ministro; otra por las Organizaciones centrales de trabajadores, y la otra por las Organizaciones centrales de patronos.

El Consejo está encargado del control de la aplicación de todas las disposiciones legales relativas al Seguro Social. Es responsable de ella ante el Ministro, al cual deberá presentar una memoria anual.

ITALIA

Mejora de subsidios familiares para los trabajadores agrícolas.

Por Ley de 21 de marzo del año en curso, se ha aumentado los subsidios familiares para los trabajadores agrícolas.

Los subsidios serán: para los jornaleros y asalariados en general, 45 liras diarias por cada hijo, 37 por el cónyuge y 30 por cada ascendiente. Para los empleados, 110, 70 y 55 liras, respectivamente.

También ha quedado reformado el régimen de cotizaciones, que está por completo a cargo del patrono. La cuantía se ha fijado en 70 liras para los jornaleros y en el 12 por ciento del salario de los empleados.

SUECIA

Seguro Nacional de Enfermedad.

Con fecha 19 de junio del año en curso, ha sido promulgada una nueva ley que establece en Suecia un Seguro nacional de asistencia

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

médica, que sustituye la ley sobre el Seguro Nacional de 1947, que no llegó a entrar en vigor.

El nuevo régimen que operará desde el 1º de enero de 1955, establece un seguro de asistencia médica y de prestaciones por causas de enfermedad, el que, eventualmente será complementado con una legislación especial sobre suministro, gratuito o a precio reducido, de medicamentos, actualmente pendiente de aprobación por el Riksdag.

No se concede prestaciones de maternidad, por estar ya previstas en una legislación especial.

El seguro de asistencia médica es obligatoria para todos los ciudadanos suecos de dieciséis o más años de edad, considerándose también en los alcances de la Ley a los extranjeros residentes.

Los menores de 16 años están indirectamente asegurados como personas a cargo de sus padres, con lo que el Seguro cubrirá a casi toda la población residente.

Se ha estimado que el total de personas aseguradas ascenderá a 5.3 millones y el número de niños asegurados indirectamente a 1.7 millones, lo que supone un total de 7 millones de personas, cifra que, en realidad, representa el total de la población.

En el orden de las prestaciones, la ley garantiza el reembolso de 75 por ciento de los honorarios médicos, de acuerdo con las tarifas máximas prescriptas. Se reintegra también los gastos de desplazamiento del paciente de su domicilio a la consulta del médico y viceversa, así como los gastos de ida y vuelta al hospital, dentro de los límites fijados. Además se reembolsa el 75 por ciento de los gastos de ciertas clases de asistencia médica prescriptas.

Se prevé también la cobertura de los gastos por tratamiento fisioterápico o por cuidados a los convalescientes.

La hospitalización se reembolsa generalmente según las tarifas corrientes de tratamiento en un hospital público.

A toda persona asegurada en el régimen de prestaciones por enfermedad se le concede una prestación básica uniforme de 3 coronas diarias, susceptibles de ser suplementada. Estas prestaciones se reducen cuando el beneficiario está hospitalizado. Las complementarias sufren también disminución después de noventa días de pago de prestaciones.

Cada advertir además, que las prestaciones por enfermedad se aumentan mediante una prestación por hijos a cargo del beneficiario, a razón de una corona diaria por uno o dos hijos; dos coronas por tres o cuatro, y tres coronas diarias por cinco o más hijos.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Este nuevo plan de previsión está financiado a base de cotizaciones de los asegurados, los empleadores y subvenciones del Estado.

Las contribuciones de los asegurados se deducen al mismo tiempo que los impuestos generales.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Legislación Social Peruana

Salud Pública y Asistencia Social

SE AUTORIZA AL S. C. I. S. P. PARA ESTABLECER UNA OFICINA EN TRUJILLO.
R. S. 24-10-53.

Se otorga consentimiento al Servicio Cooperativo Inter-Americano de Salud Pública para que establezca una Oficina de Sector, dependiente del Departamento de Higiene Industrial en la ciudad de Trujillo.

EXPROPIACION DE UN AREA DEL TERRENO EN EL CUZCO.
R. S. 2-11-53.

Se autoriza al Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social para iniciar el procedimiento legal a los efectos de expropiar un lote de terreno en el Cusco, destinado a la construcción de un agrupamiento de viviendas.

SE FIJA PLAZO PARA EL GOCE DE PRESTACIONES A LOS ASEGURADOS.
D. S. Nº 171. S. P. 2-12-53.

Decreta que el plazo durante el cual los pensionados de los seguros de invalidez y vejez que administra la Caja Nacional de Seguro Social pueden ejercitar la opción que les acuerda el Artículo 25º de la Ley 8433, es de 4 meses improrrogables.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

APROBACION DE LOS ESTATUTOS DE LA CENTRAL DE ASISTENCIA SOCIAL.
D. S. 3-12-53.

Apruébase los Estatutos de la Central de Asistencia Social que consta de 19 artículos, debiendo inscribirse esos Estatutos en los Registros Públicos de esta Capital.

FIJA EL PORCENTAJE DE LOS ALQUILERES DE LAS CASAS DEL FONDO NACIONAL DE SALUD.
R. S. 2-11-53.

Se determina que en los contratos de arrendamiento de las casas habitación construídas por el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, la merced conductiva de las mismas, se computará a base de los siguientes factores: cuota de mantenimiento, cuota de administración, cuota de seguros y cuota de reajustes.

En los contratos de arrendamiento-venta, la cuota de seguro comprenderá además, la prima correspondiente al seguro de vida previsto en el Reglamento de la ley 11672.

SE INCLUYEN EN EL SEGURO SOCIAL A LOS CHOFERES DEL SERVICIO PUBLICO QUE DEPENDAN DE PROPIETARIOS DE AUTOS.
D. S. Nº 177 "SP" 18-12-53.

Se declara comprendidos en el régimen de Seguro Social Obligatorio, con la calidad establecida en el inciso a) del artículo 2º de la Ley 8433, a los choferes de servicio público que ejerzan su actividad laboral dependiendo de propietarios de autos en las zonas del territorio nacional afectas a este régimen.

Justicia y Culto

SE ELEVA EL NUMERO DE NOTARIOS PUBLICOS EN EL CUSCO.
Ley 12013 20-11-53.

Aumenta a diez el número de Notarios Públicos en la ciudad del

SE ADICIONA EL ARTICULO 8º DE LA LEY 9125.
Ley 12031 23-12-53.

Señala como máximo el plazo de 2 años, computados a partir de la fecha en que se expide una Resolución o Ley de expropiación, para que queden terminados sus trámites y consignado el precio materia de la venta, vencido el cual se tendrá por caducada y sin efecto la disposición que ordena la expropiación.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

EN DOMICILIO PROPIO DEL DEMANDANTE PODRA INICIARSE JUICIO DE ALIMENTOS.
Ley Nº 12061 30-12-53.

Amplíase el artículo 45º del Código de Procedimientos Civiles en el sentido de que el demandante de alimentos puede interponer su demanda ante el Juez de su propio domicilio.

Trabajo y
Asuntos Indígenas

EL FERIADO DEL 27 DE OCTUBRE NO AFECTA AL SALARIO DOMINICAL OBRERO.
R. M. Nº 341 D. T. 23-10-53.

Se reputará como de asistencia para los efectos de la obtención del salario dominical, la inasistencia al trabajo el día 27 de Octubre.

EL GOCE VACACIONAL DE LOS TRABAJADORES MARITIMOS.
D. S. Nº 10 D. T. 29-10-53.

Los trabajadores marítimos y portuarios gozarán del beneficio vacacional, si cumplen, durante el año correspondiente, lo dispuesto en el artículo 2º del Decreto Supremo del 21/11/49.

SE EDIFICARA UN LOCAL CON FINES SOCIALES PARA OBREROS DE CONSTRUCCION.
R. S. Nº 12 D. T. 29-10-53.

Se resuelve autorizar al Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas, para que con cargo al fondo de indemnizaciones no cobradas por los trabajadores en construcción civil, gire la suma de S/. 249,535.20, que se destinará a la adquisición de un terreno en el distrito de La Victoria, destinado a la construcción de su edificio para fines sociales, en beneficio exclusivo de dichos trabajadores.

RESUELVESE ABONAR REINTEGROS A OBREROS DE CONSTRUCCION CIVIL
R. M. Nº 338 D. T. 23-10-53.

Se resuelve abonar los reintegros a que se refiere la R. S. de fecha 22 de agosto del año en curso, a los obreros de la industria local de construcción civil que han trabajado entre el 1º de julio y el 22 de agosto ppdo. Este reintegro se abonará dentro del término de 20 días a partir de la fecha de esta Resolución.

SE ACUMULARA AL SALARIO BASICO DE LOS OBREROS EN CONSTRUCCION LA BONIFICACION ESTABLECIDA.
D. S. Nº 11 D. T. 5-11-53.

La bonificación establecida por el D. S. del 11-10-50 se acumulará al salario básico de los obreros en construcción civil.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

AUMENTOS COMPLEMENTARIOS PARA LOS TRABAJADORES EN CONSTRUCCION CIVIL.
D. S. Nº 12 D. T. 2-11-53.

Se aumenta el monto indemnizatorio en 3% a los trabajadores en construcción civil, a partir de la fecha de este Decreto, en compensación por la no aplicación de abono de las asignaciones anuales a que se refiere el artículo 7º de la ley 11672.

EXHIBICION DE LAS DISPOSICIONES EXPEDIDAS EN FAVOR DE EMPLEADOS Y OBREROS.
D. S. Nº 13 D. T. 16-11-53.

Se establece que en todo centro de trabajo ostentarán un resumen de las disposiciones expedidas en favor de los empleados y obreros en general y de lo que pertenezcan a él en particular, relativa a las materias que se indica. Igualmente los centros de trabajo deberán tener en lugar visible el compendio de las normas fundamentales que contengan los Reglamentos y contratos colectivos de trabajo que se encuentran vigentes en ellas.

LOS TRABAJADORES TEXTILES PODRAN COMPUTAR SUS ASISTENCIAS CON LOS DIAS VACACIONALES.
R. S. Nº 14 D. T. 16-11-53.

En el cómputo del record de asistencia de los trabajadores textiles para los efectos del goce vacacional, se considerarán de abono los días correspondientes a la paralización anual colectiva por vacaciones en las Empresas textiles que aplican dicho régimen.

SE ESTABLECE LA FORMA DE COMPUTAR INDEMNIZACIONES DE LOS EMPLEADOS.
Ley Nº 12015 2-12-53.

Las indemnizaciones de los empleados se computará sobre la base del sueldo y de toda otra cantidad fija y permanente.

SE ESTABLECE EL HORARIO DE VERANO EN LAS OFICINAS PUBLICAS.
D. S. Nº 56 18-12-53.

Establece el horario de funcionamiento de las Oficinas Públicas durante los meses de Enero, Febrero y Marzo con el siguiente horario: de 8.00 a 13.00 y al público de 11.00 a 13.00.

PLAZO A LOS EMPLEADORES PARA CUMPLIR UN DECRETO.
R. M. Nº 402 D. T. 30-11-53.

Resuelve señalar un plazo de 90 días para que los empleadores den cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto Supremo Nº 13 D. T. sobre exhibición de las disposiciones legales en favor de los empleados u obreros.

EL GOBIERNO CONCEDE AUMENTO SALARIAL A LOS TRABAJADORES DE LA INTERNATIONAL PETROLEUM COMPANY. COMPANY.
R. M. 22-12-53.

Auméntase en un 9% los salarios de los trabajadores de la International Petroleum Company.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Biblioteca de la Caja nacional de Seguro Social

PUBLICACIONES RECIBIDAS DURANTE 1953

1.—ORGANISMOS INTERNACIONALES

a.) **Naciones Unidas.**

Annual report of jovermments, under the convention of 13 july, 1931 for limiting the manufacture and regulating the distribution of narectic dings.

Adan, annual report for 1950. New York, 1951.

Australia, annual report for 1952. New York, 1953.
Anglo—Egipptian Sudan, annual report for 1950. New York, 1951.
Afghanistan, annual report for 1951. New York, 1952.
Argentina, annual report for 1949. New York, 1951.
Argentina, annual report for 1952. New York, 1953.
Basutoland, annual report for 1950, New York, 1951.
Bermuda, annual report for 1948—1949. New York, 1950.
Brazil, annual report for 1949. New York, 1950.
Brazil, annual report for 1950. New York, 1951.
Brazil, annual report for 1951. New York, 1953.
British Somaliland, annual report for 1948. New York, 1951.
Brunei, annual report for 1952. New York, 1953.
Burma, annual report for 1951. Rangoon, 1952.
Ceylon, annual report for 1950. New York, 1951.
Cuba, annual report for 1951. New York, 1952.
Cuba, annual report for 1951. New York, 1952.
Czechoslovakia, annual report for 1951. New York, 1952.
Czechoslovakia, annual report for 1952. New York, 1952.
China, annual report for 1952. New York, 1953.
Dominican Republic, annual report for 1951. New York, 1952.
Egypt, annual report for 1950. New York, 1951.
Ethiopia, annual report for 1950. New York, 1951.
Ethiopia, annual report for 1952. New York, 1953.
Falkland Islands, annual report for 1951. New York, 1953.
French Cameroons, annual report for 1949. New York, 1950.
Fiji, annual report for 1952. New York, 1953.
Gambia, annual report for 1950. New York, 1951.
Gold Coast (including Togoland), annual report for 1951. New York, 1952.
Germany, Federal Republic of, annual report for 1952. New York, 1953.
Grenada, annual report for 1951. New York, 1953.
Guadeloupe, annual report for 1949. New York, 1950.
Honduras, annual report for 1952, New York, 1953.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

India, annual report for 1950. New York, 1951.
Indonesia, annual report for 1952. New York, 1953.
Iran, annual report for 1951. New York, 1952.
Iraq, annual report for 1951. New York, 1951.
Ireland, annual report for 1950. New York, 1951.
Ireland, annual report for 1952. New York, 1953.
Italy, annual report for 1952. New York, 1953.
Jamaica annual report for 1950. New York, 1951.
Jordan, annual report for 1950. New York, 1951.
Jordan, Hashemite Kingdom of the; annual report for 1951. New York, 1952.
Jamaica, annual report for 1952. New York, 1953.
Kenya, annual report for 1952. New York, 1953.
Malaya, Federation of; annual report for 1952. New York, 1953.
Malta, annual report for 1950. New York, 1951.
Norfolk Islands, annual report for 1950. New York, 1951.
North Borneo, annual report for 1951. New York, 1952.
Oceania, annual report for 1949. New York, 1950.
Pakistan, annual report for 1950. New York, 1952.
Philippines, annual report for 1950. New York, 1951.
Philippines, annual report for 1952. New York, 1953.
Pacific Islands, Trust Territoy of the; annual report for 1951. New York, 1953.
Pacific Islands, Trust Territory of the; annual report for 1952. New York, 1953.
Poland, annual report for 1950. New York, 1951.
Rhodesia, Northern; anual report for 1949. New York, 1950.
Rhodesia Northern, annual report for 1950. New York, 1951.
Rumania, annual report for 1950. New York, 1953.
Solomon Islands, annual report for 1950. New York, 1951.
Solomon Islands, annual report for 1952. New York, 1953.
Singapore, annual report for 1950. New York, 1951.
Swaziland, annual report for 1949. New York, 1951.
Tanganyika, annual report for 1951. New York, 1952.
Thailand, annual report for 1949. New York, 1950.
Thailand, annual report for 1950. New York, 1951.
Trinidad and Tobago, annual report for 1952. New York, 1953.
Trieste, Free Territoy of; (British—United States Zone); annual report for 1952. New York, 1953.

Union of Soviet Socialist Republics, annual report for 1950. New York, 1952.
Union of Soviet Socialist Republics, annual report for 1952. New York, 1953.
United Kingdom, annual report communicated by the government of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Annual report for 1949. New York, 1950.
United Kingdom, communicated by the government of the United Kingdom, of Great Britain and Northern Ireland. Annual report for 1952.
Yugoslavia, annual report for 1952. New York, 1953.
West Indies, Nertherlands; annual report for 1951. NewYork, 1952. New. York, 1953.
Zanzibar, annual report for 1952. New York, 1953.

Laws and regulations, promulgated to give effect to the provisions of the Convention of 13 July 1931 for limiting the manufacture and regulatind the distribution of narcotic drugs, amended by the protocol of 11 December 1946.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Argentina, communicated by the government of ... New York, 1953.
Australia .. .. New York, 1950.
Australia .. .. New York, 1953.
Bahamas .. .. New York, 1953.
Belgium .. .. New York, 1952.
Brazil .. .. New York, 1951.
Cambodia .. .. New York, 1953.
Denmark .. .. New York, 1953.
France .. .. New York, 1951.
Gibraltar .. .. New York, 1953.
Gold Coast .. .. New York, 1953.
Germany, and West Berlin, Federal Republic of; annual report for 1952. New York 1952.
India .. .. New York: 11 April, 1951.
India .. .. New York: 16 July, 1951.
India, French .. .. .. New York, 1953.
Indonesia .. .. New York, 1951.
India .. .. New York, 1950.
Jamaica .. .. New York, 1951.
Laos .. .. New York, 1953.
Luxembourg .. .. New York, 1953.
Nigeria and Cameroons . New York, 1951.
Pacific Islands, Trust Territory of the ...New York: 1953.
Philippines .. .. New York, 1953.
Sweden .. .. New York, 1953.
Togoland (Under French administration) ... New York, 1953.

Trinidad and Tobago .. New York, 1951.
Tunisia .. .. New York, 1953.
Turkey .. .. New York, 1951.
Turkey .. .. New York, 1952.
Turkey .. .. New York, 1953.
Vietnam .... New York, 1952.
Vietnam .... New York, 1953.

b.) Organización Internacional del Trabajo

Conferencia Internacional del Trabajo. 36ª, Ginebra, 1953.
Protección de la salud de los trabajadores en los lugares de Trabajo. Quinto punto del orden del día. Ginebra, O.I.T., 1952. (Informe V, 1).

Contiene.—Trabajos de la 35ª, reunión de la Conferencia relativos a la protección de la salud de los trabajadores en los lugares de trabajo. Textos propuestos. Textos para su estudio por la Conferencia en caso de que ésta decida adoptar uno o más convenios completados por una recomendación.

—Protección de la salud de los trabajadores en los lugares de trabajo. Quinto punto del orden del día. Ginebra, O.I.T., 1953. (Informe V, 2).

Contiene.—Breve análisis de las respuestas de los gobiernos. Textos propuestos.
—La Edad mínima de admisión a los trabajos subterráneos de las minas de carbón. Sexto punto del orden del día. Ginebra, O.I.T., 1952. (Informe VI, 1).

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Contiene.—Trabajos de la 35ª reunión de la Conferencia relativos a la reglamentación del empleo de los jóvenes en los trabajos subterráneos de las minas de carbón. Texto propuesto.

—La Edad mínima de admisión a los trabajos subterráneos de las minas de carbón. Sexto punto del orden del día. Ginebra, O.I.T., 1953. (Informe VI, 2).

Contiene.—Breve análisis de las respuestas de los gobiernos. Texto propuesto.

—Substitución, en las disposiciones de la Constitución de la Organización relativas a la composición del Consejo de Administración, de los números "treinta y dos", "dieciséis", "doce" y "ocho" por los números "cuarenta", "veinte", "dieciséis" y "diez". Octavo punto del orden del día. Ginebra, O.I.T., (Informe VII).

Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.
Actas de las 114ª, reunión del Consejo de Administración. Ginebra, 6—10 de marzo de 1951. Lausana, 1951.
—Actas de la 115ª, reunión del Consejo de Administración. Ginebra, 1, 2, 21, y 22 de junio de 1951. Lausana, 1951.

—Séptimo informe de la Organización Internacional del Trabajo a las Naciones Unidas. Ginebra, O.I.T., 1953.

Conferencia Internacional del Trabajo, 36ª, Ginebra, 1953.
Los Problemas del trabajo en el mundo. 1953. Productividad y bienestar; situación económica y social; actividades de la O. I. T. Memoria del Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. Primer punto del orden del día. Ginebra, O. I. T., 1953. (Informe I).

—Método práctico para aumentar la productividad en las industrias manufactureras. Conclusiones de una reunión de expertos. Documento comunicado a la Conferencia Internacional del Trabajo (36ª reunión) como suplemento a la Memoria del Director General.
—Cuestiones financieras y de presupuesto .Segundo punto del orden del día. Ginebra, O.I.T., 1953. (Informe II).

—Resumen de las memorias sobre los convenios ratificados (artículo 22 de la Constitución). Tercer punto de lorden del día. Ginebra, O.I.T., 1953. (Informe III. Parte I).

—Resúmenes de memorias sobre los convenios no ratificados y sobre las recomendaciones (Artículo 19º de la Constitución). Tercer punto del orden del día. Ginebra, OIT., 1953. (Informe III. Parte II).

—Informe de la Comisión de expertos en aplicación de convenios y recomendaciones. (Artículos 19º y 22º de la Constitución). Tercer punto del orden del día. Ginebra, O.I.T., 1953. (Informe III. Parte IV).

—Las Vacaciones pagadas. Cuarto punto del orden del día. Ginebra, O.I.T., 1953. (Informe IV, 1).

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Informe preliminar y cuestionario.

Contiene.—Disposiciones relativas al otorgamiento de las vacaciones pagadas. Utilización de las vacaciones pagadas. Cuestionario. Apéndice: Cuadros que muestran las disposiciones básicas sobre vacaciones en los contratos colectivos relativos a algunas industrias en diversos países.

—Las Vacaciones Pagadas. Cuarto punto del orden del día. Ginebra, O.I.T., 1953. (Informe IV, 2).

Contiene.—Respuestas de los gobiernos. Comentarios y conclusiones propuestas.

Conferencia preliminar sobre migraciones. Ginebra, O.I.T., 1950.
Separata de Informaciones Sociales, Ginebra, julio de 1950.

Los Derechos sindicales en Checoslovaquia. Octavo y décimo informes del Comité de libertad sindical del Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, aprobados por el Consejo de Administración el 26 de junio de 1953, en su 122º, reunión. Ginebra, O.I.T., 1953.

Encuesta sobre el costo de la seguridad social. Ginebra, O.I.T., 1952.
Separata de la Revista Internacional del Trabajo, junio de 1952.

Girord, Roger.
La Investigación Sociológica y el progreso social, por... Ginebra, I.L.O., 1952.
Separata tde la Revista Internacional del Trabajo, mayo de 1952.
Hombres que esperan. Ginebra, O.I.T., 1953.

Isaac, Julius.
Las Migraciones Internacionales y las tendencias demográficas europeas. Ginebra, O.I.T., 1952.
Separata de la Revista Internacional del Trabajo, set., 1952.

Laroque, Pierre y Zelenka, Antolín.
Equilibrio Internacional del costo de la seguridad social. Ginebra, 1952.

Laroque, Pierre.
Problemas internacionales de seguridad social. Ginebra, O. I. T., 1952.
Separata de la Revista Internacional del Trabajo, julio y agosto de 1952.

La O.I.T. y el problema de migraciones. Ginebra, O.I.T., 1952.
Separata de la Revista Internacional del Trabajo, feb. de 1952.

Reunión de expertos en la prevención y supresión de polvo en los trabajos de minas, túneles y canteras. Ginebra, O.I.T., 1953.
Suplemento de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ginebra, abril—junio de 1953.

Safety in coal mines. Vol. I: Organization on the national and international levels. Geneva —I.L.O.—, 1953. (Studies and Reports. Nek Series, Nº 33).

Anuario de Estadística del Trabajo,

Correspondiente 1951—1952;
1953

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

INFORMACIONES SOCIALES

Boletín Oficial.
1953: vol. xxxvi, 2: 20 agosto.
: vol. xxxvi, Nº 3: 31 agosto.

Informaciones Cooperativas, Ginebra.

1953: Nº 1:
: Nº 2:
: Nº 3:
: Nº 4:
: Nos. 5—6.

Informaciones Sociales, Ginebra.
1953: año completo.

Noticias de la OIT, Ginebra.
1952: año iv: Nº 19: julio.
1953: año v : Nº 20: marzo.
: año v : Nº 21: mayo.
: año v : Nº 22: mayo, número especial.
: año v : Nº 23: julio.
: año v : 24: nov.
: año v : Nº 24: dic.

Noticiero de la OMS, Ginebra.
1953: vol. vi: Nº 1: enero.
: vol. vi: Nº 3: marzo.
: vol. vi: Nº 4: abril.
: vol. vi: Nº 5: mayo.
: vol. vi: Nº 9: oct.
: vol. vi:Nos. 10—11: nov.—dic.

Organización Internacional del Trabajo. The Library.
Administration of labour and social legislation. Administration de la legislation du travail et des lois sociales (Bibliographical referenlist, Nº 65), June, 1953.

—Additions to the Library. New Series. Vol. VII, 1953.

N. 1, January.
Nº 2, February.
Nº 3. March.
Nº 4, April.
Nº 5, May.

—Bibliography on labour law. Bibliographie du droit du travail.
—Current serial publications of labour and social security ministries and administrations. Publications periodiques courantes des ministeres du travail et de la sécurité sociale. (Bibliographical reference list Nº 64), June, 1953.

—Labour productivity on agriculture. Bibliographical reference list Nº 57), October, 1952.
—List of periodicals on managment with adresses of antional management organizations. (Bibliographical reference list Nº 37), October, 1951.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

—Periodicals on cooperation questions. (Bibliographical reference list, Nº 37). October, 1951.

Periodicals received in the Library. Periodiques recus a la Biblioteque. (Bibliographical reference list Nº 62), May, 1952.

—Periodicals received in the Library. Certain Latin American countries: Costa Rica, Cuba, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaique, Mexique, Nicaragua, Panamá, Porto Rico, Republique Dominicaine, Salvalor. (List de references bibliographiques, Nº 43), Dec., 1951.

—Periodicals received in the Library: statistics. Periodiques recus a la Biblioteque: statisques.

—Reading list on certain under developped countries. References generales sur certain pays insuffisamment developpes. (Bibliographical reference list Nº 55), May, 1952.

—Recent works on trade unions. Ouvrages sur les syndicats, 1941—1950. (Bibliographical reference list Nº 30, June, 1951.

—Recent works on trade unions. Ouvrages recents sur les syndicats, 1950—1952. (Bibliographical reference list Nº 30 supplement). March, 1953.

—Selected recent references on productivity. Choix de livres et brochures sur la productivité. (Bibliographical reference list Nº 58)., nov., 1952.

—Selected references on human relations in industry. Choix de livres et brochures sur les relations humaines dans le milieu du travail. (Bibliographical reference list Nº 54). April, 1952.

—Selected references on workers' education. (Bibliographical reference list, Nº 28). May, 1951.

—Tecnical assisance. Assisance technique. (Bibliographical reference list Nº 59). January, 1953.

Revista Internacional del Trabajo, Ginebra.
1953: enero; feb.; marzo; abril; mayo; junio; julio; agosto.

Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ginebra.
1953: enero—marzo; abril—junio.

Serie legislativa, Ginebra.
1953: enero—feb.; marzo—abril; mayo—junio; julio—agosto.

c.) Asociación Internacional de la Seguridad Social

AISS|S|55.—Lista de los miembros: 92 miembros en 38 países. Perú, pp.14y18.
18 p. f. Texto mimeografiado.

AISS|II|4|6.—A.I.S.S. Comité de expertos sobre relaciones entre las instituciones de seguridad social y el cuerpo médico. Düsseldorf, 1953.
Actas.
1 h., 39 p. f. Texto mimeografiado.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Contiene.—Lista de participantes. Mesa del Comité. Secretaría. Actas de los debates. Conclusiones adoptadas el 6 de mayo de 1953 por el Comité de Expertos sobre las relaciones entre las instituciones de seguridad social y el cuerpo médico.

ISSA|II|4|6. (Errata). (Documento ISSA|XI|1|6).
1 h. f. Texto mimeografiado.

ISSA|MSC|II|1.—A.I.S.S. Comisión médico-social. 2ª, París, 1953.

El Secreto médico ante las administraciones de seguridad social. Resumen de la situación y puntos que requieren discusión.
4 p. f. Texto mimeografiado.

ISSA|CM|II|1.—Schmid, Otto.—Progresos de la protección social en las regiones de desarrollo insuficiente por la ayuda mutualista.
1 h. 3p. f. Texto mimeografiado.

ISSA|MSC|II|2.—Tuchmann, Emil.—La prescripción y utilización de medicamentos. 22 p. 3 cuadros. Texto mimeografiado.

ISSA|EC|IX|2|1.—A. I.S.S. Comité ejecutivo. 9ª, París, 1953.
Informe del presidente sobre las actividades de la mesa directiva.
4 p. f. Texto mimeografiado.

ISSA|EC|X|2|1.—A.I.S.S. Comité ejecutivo. 9ª, París, 1953.
Informe del Secretario General para el período 1952—1953.
13 p. f. Texto mimeografiado.

ISSA|EC|IX|3|2.—A.I.S.S. Comité ejecutivo. 9ª, París, 1953.
Proyecto de un nuevo sistema de cotizaciones.
3 p. f. Texto mimeografiado.

ISSA|EC|IX|Finance| 1. **Confidencial.**—Relación de Instituciones de seguros con el número de asegurados, cotización actual y nuevo sistema de cotización de los siguientes países: Alemania, Austria, Bélgica, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dinamarca, República Dominicana, Ecuador, Finlandia, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Guatemala, India, Irán, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Luxemburgo, México, Noruega, Países Bajos, Perú p. 11, Portugal, Salvador, Sarre, Somalia, Suiza, Turquía, Uruguay, Venezuela.
13 h. 33 x 41.5 cm. Texto Mimeografiado.

ISSA|EC|IX|4|4.—A.I.S.S. Comité ejecutivo 9ª, París 1953.
Reglamento de las comisiones permanentes de la A.I.S.S.
3 p. f. Texto mimeografiado.

ISSSA|EC|X|4|1.—A.I.S.S. Comité ejecutivo. 10ª, París, 1953.
Informe del Secretario General sobre las actividades futuras de la **A.I.S.S.**
10 p. f. Texto mimeografiado.

11ª Asamblea General de la A.I.S.S., París, 1953

ISSA|XI|París.—A.I.S.S. Asamblea General. 11ª, París, 1953.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Lista provisional de los delegados. Perú, p. 9.
15 p. 4º Texto mimeografiado.

ISSA|XI|París.—A.I.S.S. Asamblea General. 11ª, París, 1953.
Lista de participantes. Presidencia; delegaciones. Perú, p. 10. Organización Internacional del Trabajo; Observadores; Secretaría.
15 p. f. Texto mimeografiado.

ISSA|XI|3|8.—Dejardin, Jérôme.
Informe sobre la evaluación de la invalidez.
18 p. f. Texto mimeografiado.

ISSA|X|1|1.—Kaiser, Ernst.
Desarrollos recientes en el campo de la seguridad social.
1 h., 58 p. f. Texto mimeografiado.

Contiene.—Resumen general. Coordinación internacional de la seguridad social. La Seguridad social en el plano nacional. Perú, p. 46 y 47. "Números de Convenios ratificados por el Perú". p. 10.

ISSA|XI|2|4.—Lebel, Roland.
Informe sobre las asignaciones familiares.
1 h., 25 p. cuadro pleg. f. Texto mimeografiado.

Contiene.—Campo de aplicación. Las diversas asignaciones familiares. Pago de las asignaciones familiares. Organización administrativa. Acción social. Conclusión.

ISSA|XI|3|5 y 3|6.—Resumen de algunas respuestas al cuestionario de la A.I.S.S. concerniente a la evaluación de la invalidez y cuadro de los grados de invalidez en algunos países.
1 h., 25 p. cuadro pleg. f. Texto mimeografiado.

Países mencionados: República Federal de Alemania; Bélgica, Dinamarca, España, Guatemala, Israel, Nueva Zelandia, Países Bajos, Reino Unido, Sarre, Suiza, Turquía, Uruguay, Venezuela y Yugoslavia.

ISSA|XI|4|2.—Petrilli, Giuseppe y Mijares Ulloa, Carlos A.
Informe sobre las relaciones entre la sinstituciones de seguridad social y el cuerpo médico.
1 h., 78 p. f. Texto mimeografiado.
Con referencias al Perú en las páginas 35—36 y 39.
Contiene.—Petrilli; Giuseppe; Análisis comparativo sobre los países de Europa y de Asia, pp. 1, 26. Mijares Ulloa, Luis A. Análisis comparativo sobre los países de América latina, págs. 26—14. Conclusiones adoptadas el 6 de mayo de 1953, por el Comité de Expertos sobre las relaciones entre las instituciones de seguridad social y el cuerpo médico. Comentarios del Sr. Petrilli y Sr. Mijares Ulloa, con respecto a los resultados de las labores del Comité de Expertos sobre las relaciones entre las instituciones de seguridad social y el cuerpo médico que se reunió en Düsseldorf.

ISSA|XI|Res. **(Texto provisional).**—Resoluciones, recomendaciones y conclusiones adoptadas por la XI Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social.
10 p. f. Texto mimeografiado.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

2.—PUBLICACIONES PERIODICAS PERUANAS

Anales de la Facultad de Medicina, Lima.
1952: 3er. trim.
: 4º trim.

Anales judicales de la Corte Suprema de la República, Lima, correspondiente al año judicial de 1951. Lima, 1953.

Anuario bibliográfico peruano de 1948. Lima, 1951.

Anuario de la legislación peruana.
t. xli: Decretos-Leyes Nos. 11250 al 11488. Enero a julio de 1950.
t. xlii: Legislatura de 1950. Leyes Nos. 11489 al 11605.
t. xliii: Legislatura de 1951. Leyes Nos. 11606 al 11859.
t. xliv: Legislatura de 1952. Leyes Nos. 11860 al 11985.

Anuario estadístico de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, correspondiente al año 1951. Lima, 1952.

Anuario estadístico del Perú, correspondiente al año 1950. Lima, 1953.

Banco Central de Reserva del Perú, Lima.
Memoria correspondiente al ejercicio de 1952. Lima, 1953.

Banco de Crédito del Perú, Lima.
Vademecum del Inversionista, 1952-1953, Lima, 1953.

Banco de Fomento Agropecuario del Perú, Lima.
Memoria correspondiente al 21º ejercicio, 1951-1952. Lima, 1953.

Boletín Bibliográfico (Biblioteca Central de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos), Lima.
1948: Nos. 1—2: junio. Nos. 3—4: diciembre. 1949: Nos. 1—2: julio. Nos. 3—4: diciembre. 1950: Nos. 1—2: julio. Nos. 3—4: diciembre. 1951: Nos. 1—4: diciembre. 1952: Nos. 1—4: diciembre.

Boletín de Estadística Peruana, Lima.
1951: 1er. semestre; 2º semestre.
1952: 1er. semestre; 2º semestre.

Boletín de la Biblioteca Municipal de Lima.
1953: oct.

Boletín de la Biblioteca Nacional del Perú, Lima.
1950: dic.
1951: dic.

Boletín de la Caja de Depósitos y Consignaciones, Dept. de Recaudación, Lima.
1952: abril; mayo; junio; julio; agosto; oct.

Boletín de la Compañía Administradora del Guano, Lima.
1953: enero; feb.; marzo; abril; julio, agosto; set.; oct.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Boletín de la Escuela Nacional de Ingenieros, Lima.
1953: enero—feb.—marzo.
: abril—mayo—junio.

Boletín de la Sociedad Geográfica de Lima.
1953: 1er. trim. — 2º trim.

Boletín de la Sociedad Nacional Agraria, Lima.
1953: Nº 195: 31 enero. Nº 196: 14 feb. Nº 197: 28 feb. Nº 199: 31 marzo. Nº 200: 15 abril. Nº 201: 30 abril. Nº 202: 18 mayo. Nº 203: 30 mayo. Nº 204 15 junio. Nº 205: 30 junio. Nº 206: julio.

Boletín de la Sociedad Nacional de Mineria y Petróleo, Lima.
1952: nov.—dic.—1953: enero—feb.
1953: marzo—abril—mayo—junio.
: julio—agosto.

Boletín del Banco Central de Reserva del Perú, Lima.
1953: febrero; marzo; agosto.

Boletín demográfico, Lima. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social).
1952: 2º trim.; 3er. trim.; 4º trim.

Boletín Estadístico Municipal. Ciudad de Lima.
1952: oct.—nov.—dic.

Boletín Informativo (Asociación Mutualista Magisterial), Lima.
1949: año iii, Nº 2: set.
1950: año iii, Nº 3: dic.
1951: año iv: Nº 4º dic.
1952: año v: Nº 5: dic.

Boletín informativo (Censo Nacional de 1955), Lima.
1953: año i, Nº 1: 26 oct.

Boletín informativo-científico del Seguro Social del Empleado, Lima.
1952: año i, Nº 1: abril.
: año i, Nº 2: nov.

Boletín mensual de la Cámara de Comercio de Lima.
1953: enero, feb.—marzo; abril; mayo; junio; julio, agosto; set.; oct.; nov.; dic.

Boletín Municipal (Concejo Provincial de Lima), Lima.
1953: enero—feb.—marzo; abril—mayo; junio—julio—agosto; set.—oct.

Boletín Semanal (Cámara de Comercio de Lima), Lima.
1953: enero: 14, 21 feb.: 4, 11, 25. marzo: 4, 11, 25. abril: 8, 15, 22. mayo: 27. junio: 15. julio: 1, 8, 15. agosto: 5, 12, 19. set.: 2, 9, 16. oct.: 7, 21. nov.: 4, 11, 18. dic.: 2, 9, 16, 30.

Caja de Depósitos y Consignaciones, Dept. de Recaudación, Lima.
Exposición sobre la labor realizada durante el año 1952, presentada al Directorio por su Presidente Sr. Dn. Carlos Roldán Seminario. Lima, 1953.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

INFORMACIONES SOCIALES

Cámara de Comercio de Lima.
Registro oficial de protestos. **(Confidencial).**
1953: 2ª quincena de junio.
1ª quincena de set.; 2ª quincena de set. 1ª quincena de oct. 1ª quincena de nov.; 2ª quincena de nov. 1ª quincena de dic.; 2ª quincena de dic.

Compañía Administradora del Guano, Lima.
44ª memoria del Directorio correspondiente al año económico de 1952.—La Perla, 1953.

Digesto de Salud Pública y Asistencia Social, Lima.
1953: enero, feb.; marzo.

Escuela de Servicio Social del Perú, Lima.
Memoria de la Directora de la Escuela de Servicio Social del Perú, María Rosario Araoz, en la clausura del año académico de 1945, Lima, 1945.

Fénix, Lima.
1950: Nº 7.

El Foro, Lambayeque.
1952: Nos. 42—43; 31 marzo.
1953: Nos. 44—45: 30 junio.

Fraterna, Lima.
1953: Nº 3: enero—feb. Nº 4: marzo—abril. Nº 5: junio—julio. Nº 6º agosto—set. Nº 7: oct.—dic.

Indice del costo de la vida y de los precios de los artículos de consumo al por mayor y menor en Lima, Callao y Balnearios.—Lima.
1953: julio; agosto; set.; oct.; nov.

Informaciones Sociales, Lima.
1953: Nº 1: enero—feb.—marzo. Nº 2: abril—mayo—junio. Nº 3º julio—agosto—set.

Informativo Agropecuario, 1953.
Julio, Septiembre.

Informe mensual (Servicio Nacional del Empleo), Lima.
1953: abril; mayo, junio; julio.

Lima. Concejo Provincial.
Presupuesto municipal para el año de 1953. Lima, 1953.

La Morbosidad Infecto-contagiosa, Lima.
1952: oct.; nov.
1953: mayo; junio; julio; agosto.

Noticias de Actualidad (Organo de la Embajada Argentina en el Perú), Lima.
1953: año completo.

Perú. Superintendencia de Bancos.
Memoria y estadística correspondiente al año 1951. Bancos. Lima, 1952.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

— Memoria y estadística correspondiente al año 1951. Compañías de seguros, compañías de fiscalización, registro fiscal de ventas a plazo. Lima, 1952.

Perú Indígena, Lima.
1952: Nos. 7—8: dic.
1953: No. 9: abril. Nos. 10—11: set.

El Peruano, Lima.
1953: año completo.

Peruvian Times, Lima.
1953: 29 mayo; 20 nov.

Pesca y Caza, Lima.
1952: Nº 4, Nº 5.

P.C.E.A. (Programa Cooperativo de experimentación agropecuaria), Lima, 1953: enero—marzo—abril—junio.

P.C.E.A. (Programa cooperativo de experimentación agropecuaria), Tingo María.

1953: circular extensión: Nº 40: abril: naranjas.
: ,, ,, : Nº 41: mayo: cultivo del café.
: ,, ,, : Nº 42: abril: cultvo del bambú.
: ,, ,, : Nº 43: junio: breve referencia a los principales cultivos de la zona de Tingo María desde el punto de vista agrícola.
: circular extensión: Nº 44: nov.: enfermedades del cafeto.

La Reforma Médica, Lima.
1953: marzo—abril.

Revista Agropecuaria del Perú, Lima.
1950: abril—mayo—junio.

Revista de Jurisprudencia Peruana, Lima.
1953: enero; feb.; abril; mayo, junio; julio; agosto; set.; oct.; nov.; dic.

Revista de Neuro-psiquiatría, Lima.
1952: set.—dic.
1953: Nº 2: junio; Nº 3: set.

Revista de Seguros, Lima.
1953: mayo—junio.

Revista de la Sanidad de Policía, Lima.
1953: enero—feb.
: marzo—abril.
: mayo—junio.
: julio—agosto.

Revista del Comercio del Perú, Lima.
Compendio de legislación de 1952. Leyes 11673 al 11914.—Callao, 1953.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

INFORMACIONES SOCIALES

Revista del Foro, Lima.
1952: enero—abril.
: mayo—agosto.
: set.—dic.
: número extraordinario.
1953: enero—abril.

Revista del Museo Nacional, Lima.
1952: t. xxi.
1953: t. xxii.

Revista Médica de Arequipa.
1953: abril.

Revista Médica del Hospital Obrero de Lima.
1952: año i, Nº 1: marzo—junio.

Revista Municipal de Miraflores.
1953: junio.

Salud y Bienestar Social, Lima.
1953: enero—feb.
: marzo—abril.
: mayo—junio.

Servicio Social, Lima.
1945: Nº 3: dic.
1949: Nº 7: dic.
1951: Nº 9: dic.

Sindicato de Maestros y Horneros de la Federación de Obreros Panaderos "Estrella del Perú", Lima.
1953: dic.

Sociedad de Beneficencia Pública de Lima.
Exposición del Directorio de la ..., por el año 1952. Magdalena del Mar, 1952.

Sociedad Nacional Agraria, Lima.

Memoria correspondiente a 1946—1947.
" " 1947—1948.
" " 1948—1949.
" " 1949—1950.
" " 1950—1951.
" " 1951—1952.

Valor de la mano de obra en los diferentes valles de la República (Ministerio de Agricultura), Lima.
1952: 1er. semestre.
1953: 1er. semestre.

La Vida Agrícola, Lima.
1953: mayo, junio; julio; agosto.

La Voz del Chofer (Organo oficial del sindicato de choferes de servicio público de Lima), Lima.
1953: año i, Nº 1º dic.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

3.—PUBLICACIONES PERIODICAS EXTRANJERAS

Argentina

El Asegurador, Buenos Aires.
1952: dic.
1953: enero; feb.; marzo, abril; mayo; junio; agosto.

Biblioteca Central. (Ministerio de Salud Pública y A. S.)—Santa Fé.

1952: vol. i, Nº 8: 15 julio: Guía temática de los trabajos y colaboraciones más importantes aparecidos en revistas y publicaciones en general, recibidas durante el trimestre abril—junio del año 1952.
: vol. i, Nº 9: 15 oct.: Guía temática de los trabajos y colaboraciones aparecidos en revistas y publicaciones en general, recibidas durante el trimestre julio—setiembre del año 1952.

La Ley, Buenos Aires.
1953: mayo a dic.

Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales. (Universidad Nacional del Litoral.), Santa Fé.
1952: Nos. 70—71.
1953: Nos. 74—75.

Revista de Obras Sanitarias de la Nación ,Buenos Aires.
1952: dic.
1953: enero; feb.—marzo; abril—mayo; junio—julio; agosto—set.; oct.—dic.

Revista de Trabajo y Previsión; Buenos Aires.
1953: feb.; marzo.

Austria

Soziale Sicherheit, Viena.
1953: Jänner; februar; märz; april; mai; juni; juli; august; oktober—nov.; dez.

Bélgica

Archiva Médica Belgica, Bruxelles.
1953: vol. 8: fasc. 2.
: vol. 8: fasc. 4.
: vol. 8: fasc. 5.

—Office national de sécurité sociale.
Troisième rapport annuel, exercise 1947. Borgerhout, 1947.

Bolivia

Boletín Comercial y Minero, La Paz.
1953: enero; feb.; marzo; abril; mayo; junio; julio; agosto.
Informaciones del Seguro Ferroviario, (Caja de Seguro Social de Ferroviarios y Anexos). La Paz.
1953: año I, Nº 1, abril.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

La Paz. Caja de seguro social de ferroviarios y anexos.
Informe económico y balance general de la Caja de Seguro Social de ferroviarios y anexos, correspondiente a las gestiones de 1950—1951, presentado por el Gerente Sr. Abelardo E. Valdez. La Paz, 1952.

Protección Social, La Paz.
1952: set.—oct. (volumen especial). nov.—dic.

Brasil

Conjuntura econômica, Rio de Janeiro.
1953: janeiro; fevereiro; manço; abril; maio; junho; julho; agosto; setembro; outubro.

Justicia do Trabalho, Rio de Janeiro.
1952: oct.—nov.—dez

Revista do Trabalho, Rio de Janeiro.
1952: nov.—dic.
1953: janv.—fev.; março—aprile; maio—junho; julho—agosto.

Revista Brasileira de Economia, Rio de Janeiro.
1952: dez.
1953: março; setembro.

Colombia

Universidad Pontificia Boliviariana, Medellín.
1952: set.—nov.
1953: feb.—abril.

Cuba

Arquitectura, La Habana.
1953: mayo.

Chile

Servicio Social, Santiago de Chile.
1953: enero—abril; mayo—agosto.

Ecuador

Anales (Universidad Central del Ecuador), Quito.
1953: enero—junio.

Boletín (Banco Central del Ecuador), Quito.
1952: nov.—dic.
1953: enero—feb.; marzo—abril; mayo—junio; julio—agosto.

Boletín de la sección de investigaciones de derecho comparado, Quito.
1952: dic.
1953: enero—marzo.

Comité Exterior Ecuatoriano, Quito.
1952: dic.
1953: enero—feb. y marzo.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Previsión Social, Quito.
1953: set.—dic.

El Salvador, República de

Boletín Informativo (Seguro Social), San Salvador.
1953: Epoca i, Nº 1, mayo 1º.
: „ i, Nº 2, junio.
: „ i, Nº 4, agosto.
: „ i, Nº 6, oct.

España

Cooperación de la Seguridad Social Iberoamericana, Madrid.
1953: feb.; abril; junio.
Medicina y Seguridad del Trabajo, Madrid.
1953: año I: Nº 2: enero—marzo.
: año I: Nº 3: abril—junio.

Revista de Trabajo, Madrid.
1952: nov.—dic.
1953: enero; marzo; abril; mayo.

Revista de la Escuela Social de Oviedo.
1953: 1er. semestre.
Revista Iberoamericana de Seguridad Social, Madrid.
1953: enero—feb.; marzo—abril; mayo—junio; julio—agosto.

Estados Unidos

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington.
1953: marzo; abril; mayo; junio; julio; agosto; set.; oct.; nov.

Bulletin on Narcotics., Nueva York.
1953: vol. v, Nº 1: January—March.
: vol. v, Nº 2: April—June.

Ciencias Sociales, Washington.
1953: vol. IV, suplemento al Nº 19: febrero.
: vol. IV, suplemento al Nº 20: abril.

Annual report of the Federal Security Agency, for 1952. Washington, Govnt. Print. Office, 1953.

Monthly Labor Review, Washington.
1953: January, Feb.; March; April; May; June; July; August; Sept.; Oct.; Dec.

Social Security Bulletin, Washington.
1952: Dec.
1953: January, Feb.; March; April; June; July; August; Nov.; Dec.

Francia

Bulletin d'Information de la Mutualité Agricole, Paris.
1953: mai.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

INFORMACIONES SOCIALES

Revue de la Sécurité Sociale, Paris.
1953: aóut.; sept.; oct.; nov.; déc.

Guatemala

Gaceta del Trabajo, Guatemala.
Mayo de 1951 a mayo de 1952.

Holanda

Holanda. Seguro Social del Estado.
Verslag omtrent de staat der Rijksverzekingsbank en haar werkzaamheden in jet jaar 1950. 'S—Gravenhage, 1952.
1951. 'S—Gravenhage, 1952.

Inglaterra

Social Work, Londres.
1953: april; oct.

Italia

Previdenza Sociale, Roma.
1952: nov.—dic.—1953—gennaio—feb.
1953: marzo—aprile; maggio—giugno; luglio—agosto; settembre—ottobre.

I Problemi del Servizio Sociale, Roma.
1953: gennaio—feb.; marzo—aprile; maggio—giugno.

Rivista degli infortuni e delle malattie professionalli, Roma.
1953: gennaio—feb.; maggio—giugno; luglio—agosto; sett.—ottobre.

México

Civitah, Monterrey.
1953: agosto; nov.—dic.

Boletín del Instituto de Derecho Comparado de México, México, D. F.
1952: set.—dic.
1953: enero—abril; mayo—agosto.

Seguridad Social, México, D. F.
1952: año i, Nº 5: dic.
1953: año ii, Nº 6, junio.

Nicaragua

Boletín. (Cámara Nacional de Comercio e Industrias de Managua), Managua.
1952: dic.—1953—enero.
1953: feb.—marzo; abril.

Noticiario del Trabajo, Managua. (Ministerio del Trabajo).
1953: año i, Nº 6, 21 nov.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Noruega.

Syketrygden. 1949. (assurance-maladie nationale.). 39ième année. Oslo, 1952.

Panamá

Seguridad Social, Panamá.
1953: agosto.

República Dominicana

Anuario Estadístico de la República Dominicana correspondiente al año 1950. Ciudad Trujillo, 1952.

Boletín de Salud Pública, Ciudad Trujillo.
1952: oct.—dic.
1953: enero—junio.

Comercio exterior de la República Dominicana, Ciudad Trujillo.
1953: vol. i, Nº 1, enero.

Estadística del Seguro Social, Ciudad Trujillo. (Caja Dominicana de Seguros Sociales).
1952: 2º trim.; 3er. trim.

Revista de la Secretaría de Estado de Trabajo, Economía y Comercio, Ciudad Trujillo.
1953: enero—feb.; marzo—abril.

Seguridad Social, Ciudad Trujillo.
1953: enero—feb.; marzo—abril; mayo—junio; julio—agosto.

Uruguay

Boletín, Censo y Estadística, Montevideo.
1952: nov.—dic.
1953: enero—feb.; marzo—abril; mayo—junio; julio—agosto.

Revista de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Industria y Comercio, Montevideo.
1952: Nº 1: feb. Nº 2—3: marzo—abril; Nº 4: mayo; Nº 6; julio: Nº 7: agosto; Nº 8: set.; Nº 9: oct.; Nº 10—11: nov.—dic.

Venezuela

Boletín de las Cámaras de Comercio de Caracas.
1953: marzo; abril; mayo; junio; julio; agosto; set.; oct.; nov.

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Caracas.
Informe anual correspondiente al año 1952.

Notas Estadísticas del Instituto Venezolano de Seguro Social, Caracas.
1952: nov.—dic.
1953: enero; feb.; marzo; abril; mayo; junio.

Revista Nacional de Cultura, Caracas.
1953: enero—feb.; marzo—abril.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Revista del Trabajo, Caracas.
1952: julio—set.; oct.—dic.
1953: abril—junio.
Unidad Sanitaria, Caracas.
1953: marzo—abril.

4.—LIBROS Y FOLLETOS

Argüelles Repetto, José.
Consideraciones quirúrgicas y endocrinología del síndrome adrenogenital, Santa Fé, 1952.
—Semiología del cuello. Santa Fé, 1952.

Arroba, Gonzalo.
Consideraraciones sobre algunas características peculiares y sobre las perspectivas del seguro social en el Perú. Lima, 1951.

La Asistenta social, amiga del pueblo. Lima, 19.
Banco de Fomento Agropecuario del Perú, Lima.
Estatuto del. Lima, 1952.

Bedoya, Jaime A.
Estudio preliminar de la alimentación de las familias de los alumnos de las escuelas fiscales del distrito del Rímac. Lima, 1943. (Serie "Servicio Social", 5).

Big double hospital. U. S. experts knit maternity and general units into big showpiece for Perú. 1952. (Reprinted from Architectural Forum. June, 1952).
Se trata del Hospital Central de Empleados.

Boggio, René.
Posibilidades de las ciencias sociales. Lima, 1945. (Serie "Servicio Social", 14).

Bolivia. Leyes, decretos, etc.
Algunas disposiciones legales relativas a higiene y seguridad industrial en Bolivia. La Paz, 1951.
Título de la cubierta: Reglamento básico de higiene y seguridad industrial.

—Texto del decreto ley de seguro social obligatorio y disposiciones conexas de 11 de octubre de 1951. La Paz, 1951.
Caja Dominicana de Seguros Sociales, Ciudad Trujillo.
5 años de seguro social. 1948-1952... Ciudad Trujillo, 1952.

Canelas L., René.
Diccionario de legislación del trabajo. Disposiciones hasta el 1º de febrero de 1948. Cochabamba, 1948.

Clark, Elizabeth Munro.
El Trabajo del caso social. Lima, 1947. (Serie "Servicio Social", 15).

Cole, G. D. H.
British social service. London, 1948.
Diccionario de derecho privado, derecho civil, común y foral, derecho

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

mercantil, derecho notarial y registral, derecho canónico, directores D. Ignacio de Casso y Romero Y. D. Francisco Cervera y Jiménez Alfaro. Barcelona, etc., Ed. Labor, S. A., 1950.

Durand Flores, Gregorio.
Tuberculosis infantil y servicio social. Lima, 1943. (Serie "Servicio Social", 4).

Duzentos milhões de cruzeiros para casas populares. Rio de Janeiro,

Esbozo de la situación económico-social en las materias más estrechamente relacionadas con la seguridad social en la República de El Salvador. San Salvador, 1951.

España. Ministerio de Trabajo.
Seguros Sociales. Madrid, 1951.

Escarcena de Ishikawa, Rosa.
La Biblioteca de la Escuela de Servicio Social del Perú y la técnica bibliotecaria moderna, por Rosa Escarcena Arpaia.

Estados Unidos. Department of Health, Education and Welfare.
Fact book on aging ... Washington, D. C., 1952.

Estados Unidos. Department of Health, Education and Welfare. The Library.
Selected reference on a ging, an annotated bibliography, 1952. Washington, D. C., 1952.

Historia de las Carreteras del Perú. Director de la publicación Neptalí Benvenutto. Lima, 1952.

Estudio comparado de los impuestos a la renta en el Perú y los demás países de América. Lima, 1952—1953.
2 vols.

"La dirección de este estudio ha estado a cargo del Ingº Rómulo A. Ferrero; la parte tributaria ha estado a cargo del Ingº Ferrero y del doctor Juan Lino Castillo; y la parte social ha sido encomendada al doctor Raúl Ferrero R., auxiliado por el doctor Carlos Scudellari. El Ingº Ferrero ha coordinado y sujervigilado todo el trabajo".
"Preparado con los auspicios de las siguientes instituciones: Asociación de Bancos; Cámara de Comercio de Lima; Sociedad Nacional Agraria; Sociedad Nacional de Industrias; Sociedad Nacional de Minería".

Fundacão da casa popular, Rio de Janeiro.
Résumo dos estatutos e considerações sôbre o problema de habitação, no Brasil. Rio de Janeiro, 1953.

Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D. F.
Hospital de Zona Nº 1.

Ipiña y Gondra, Francisco.
Breve exposición sobre los seguros sociales en España. Madrid, 1950.

Reglamentación legal de las cajas de pensiones privadas. Madrid, 1950.

Italia. Instituto Nazionale della previdenza sociale.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Mezzo secolo di attivita assicurativa e assistenziale. (1898-1948). Roma, 1948.
Quelques aspects de l'assistance familiale en Italie. Roma, 1953.

Jirón, José Antonio.
Brindis a los iberoamericanos. Madrid, 1951.

Kanev, Itzhak.
Mutual aid and organised medicine in Israel. Forty years of the Worker' health services —Kupat Holim—. Tel Aviv, 1953.

México y a Seguridad Social T. I.: La Inseguridad social. México, IMSS. 1952.

T. II: El Seguro Social Mexicano. México, IMSS, 1952.
T. III: Construcciones y sistemas de protección social. México, IMSS, 1953.

Moylan, John.
The Police of Britain. London, etc., 1948.

The Norway Year Book, . . . 1950. Ed. by Sverre Mortensen and A. Skoien. Oslo, 1950.

Núñez, Estuardo.
La Posición nacional de la Escuela de Servicio Social del Perú. Lima, 1943, (Serie "Servicio Social", 3).

Palacio de Habich, Esther.
Origen de los hospitales y hospicios en la ciudad de Lima durante la colonia. Lima, 1944. (Serie "Servicio Social", 9).

Pareja Paz Soldán, José.
Geografía del Perú. Lima, 1950.
2 vols.

—El Sentido social del mundo moderno y de la post guerra. Lima, 1944. (Serie "Servicio Social", 10).

Pérez Patón, Roberto.
El Seguro Social en Bolivia. Ensayo. La Paz, 1951.

Perú. Leyes, Decretos, etc.
Leyes y resoluciones referentes a la Escuela de Servicio Social del Perú. Lima, 1944. (Serie "Servicio Social", 6).

Perú. Ministerio de Agricultura. Departamento de Control del cultivo obligatorio de alimenticios.
Control del cultivo obligatorio de alimenticios. Valles controlados, campaña 1950—1951. Lima, 1952.

Perú. Ministerio de Agricultura. Sección Cooperativas.
Reglamentación y modelo de estatutos para cooperativas de servicio agrícola. Lima, 1953.

Reglamentación y modelo de estatutos para Sociedades Agropecuarias. Lima, 1953.

BICENTENARIO PERÚ 2021 | EsSalud | SECRETARÍA GENERAL Oficina de Servicios de la Información Archivo Central

Perú. Ministerio de Agricultura. Sección Cooperativas.
Reglamento interno para sociedades cooperativas de servicio agrícola. Lima, 1953.

Perú. Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas. Dirección General de
—Asuntos Indígenas. Departamento de Estadística.

—Comunidades de indígenas oficialmente reconocidas en el Departamento de Puno. Lima, 1952.

—Censo de habitantes y agropecuario de las comunidades de indígenas oficialmente reconocidas en la República desde 1926 hasta 1950. Lima, 1950.

—Indice alfabético de comunidades de indígenas reconocidas oficialmente en la República hasta abril de 1951. Lima, 1951 i. e. 1952.

—Síntesis de las comunidades de indígenas oficialmente reconocidas en la República desde 1926 hasta 1950. Lima, 1950.

Perú. Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas. Servicio Nacional del Empleo.

—Ocupación de las actividades económicas, zona industrial de Lima. Callao, año 1951—1952. Lima, 1953.

Perú. Pres., 1950—1956. (Odría).
Mensaje presentado al Congreso Nacional por el Sr. Presidente Constitucional de la República, General Manuel A. Odría. Lima, 1952.

Mensaje presentado al Congreso Nacional por el Sr. Presidente Constitucional de la República, General Manuel A. Odría. Lima, 1953.

Perú. Seguro Social del Empleado.
Hospital central de empleados. Lima, 195 .

La Protection sociale en France. París 1953.

Rasor, Eugene.
Analys et the benefits under the old-age and survivors insurance program as amendad in 1952. Washington, D. C., 1952.

Remorino, Jerónimo.
La Nueva legislación social argentina. Buenos Aires, 1953.

Río, Jorge del Río.
La Solución cooperativa del problema de la vivienda en el IIº plan quinquenal. Buenos Aires, 1953.

Romero, Emilio.
Geografía económica del Perú. Lima, 1953.

Historia económica del Perú. Buenos Aires, 1949.

La Solución cooperativa del problema de la vivienda en el II plan quinquenal. Buenos Aires, 1953.

Valcárcel, Antonio G.
La Dactiloscopia en su aplicación a los seguros sociales. Madrid,

Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
Programa de nutrición para los Centros de Salud Pública, plan mínimo. Manual de procedimientos. Caracas, 1953. (Cuaderno 15).

BICENTENARIO PERÚ 2021
EsSalud
SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central