





BICENTENARIO  
PERÚ 2021



EsSalud

SECRETARÍA GENERAL  
Oficina de Servicios de la Información  
Archivo Central



# INFORMACIONES

# SOCIALES



AÑO X Enero - Febrero - Marzo - 1955 No. 1

Publicación Trimestral de la  
Caja Nacional de Seguro Social del Perú

# *INFORMACIONES SOCIALES*

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

# 1

Año X

Enero - Febrero - Marzo de 1955

Nº 1

# S U M A R I O

## No. 1

	Pág.
Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo, El Médico de Fábrica, por el <b>Dr. Sebastián Lorente</b> . . . . .	3
Métodos para estimar la población de Lima, Perú, por <b>Joseph A. Cavanaugh</b> . . . . .	11
Los Seguros Sociales en Gran Bretaña, por <b>David N. Clark</b> . . . . .	25
La Protección Alimentaria del Trabajador en Venezuela, por el <b>Dr. J. H. Rodríguez Cabrera</b> . . . . .	39
Boletín Institucional . . . . .	52
Información Nacional . . . . .	58
Información Extranjera . . . . .	72
Legislación Social Peruana . . . . .	84
Biblioteca de la C. N. S. S. . . . .	89

—oOo—

AÑO X

Enero-Febrero-Marzo 1955

Nº 1

PUBLICACION TRIMESTRAL

Redacción y Administración:

CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

Departamento de Estudios Sociales y Económicos

Av. Nicolás de Piérola Nos. 1100 - 1112 - 1124

Casilla Nº 1311

LIMA

PERU

La Caja Nacional de Seguro Social, no se hace responsable de las  
opiniones expuestas en los artículos firmados.

# *Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo*

## *El Médico de Fábrica*

POR EL DR. SEBASTIAN LORENTE

**El doctor Lorente, autor de este artículo, fué el que estableció por primera vez en el Perú, el 29 de enero de 1926, la Sección Control de Higiene y Seguridad Industrial en la Dirección de Salubridad Pública.**

Antes del empleo del vapor y de la electricidad, los accidentes eran pocos. La introducción de las máquinas a gran velocidad y la concentración de la industria en grandes factorías ha aumentado considerablemente su número. Por eso ha sido necesario dictar leyes especiales, y el movimiento en favor de la prevención de los accidentes es verdaderamente extraordinario en todas partes del mundo; movimiento que consiste no sólo en mejorar las condiciones higiénicas de las fábricas y talleres, en dotar a las máquinas y a los trabajadores de los aparatos de protección adecuados, sino en instruir a los obreros sobre los peligros y la manera deportarse bis a bis de los instrumentos de labor.

Durante mucho tiempo se creyó que la producción variaba conforme duraba la jornada de trabajo, que cada hora que la máquina se movía significaba ganancia, y cada momento de ocio era una pérdida. Por eso, en los primeros años del sistema de factoría, las jornadas de 12, 14 y aún de 15 horas al día era la regla. Pronto este sistema se desacreditó, por que se ha demostrado que a menudo los obreros producen más en la jornada corta. En los trabajos peligrosos en alto grado y aquellos que requieren grande esfuerzo, deben tener menos horas de labor. No hay prueba que demuestre cuál es la ración de trabajo más apropiada a la salud. En los últimos años ha ganado popularidad la jornada de 8 horas, que es la que ha sido aceptada por la Oficina Internacional del Trabajo y por otras autoridades. Lo cierto es que el obrero debe tener descanso suficiente para recuperar sus fuerzas e ir al trabajo con nuevo vigor.

Aparte de la discusión de la eficacia industrial, es de desear que los obreros tengan tiempo para distraerse, instruirse y para atender a sus obligaciones sociales. La vida normal de la familia, no puede subsistir cuando los hombres y las mujeres gastan todas sus energías en la producción industrial. Casi todos los países han dado leyes especiales para mejorar la condición de la mujer laboris-

## INFORMACIONES SOCIALES

ta, teniendo en consideración no solamente su inferioridad fisiológica, sino para salvaguardar su capacidad de madres ya reales o en potencia, protección que se extiende al niño, reglamentando severamente el trabajo de los menores; medidas higiénicas y profilácticas de vital importancia para la raza.

El límite fisiológico del trabajo y de la intensidad del mismo, está en el momento en que, el organismo llega a no poder trabajar de la manera más económica. El cansancio, que no hay que confundirlo con la fatiga, es consecuencia del trabajo prolongado, pero es un estado que no puede llamarse realmente patológico, sobre todo si el hecho es accidental; pero si un día tras otro, se llega al cansancio, la reposición será cada vez más lenta e incompleta, por los productos de excreción que van intoxicando el organismo y traen como consecuencia la disminución del poder físico y psíquico del obrero. Pero con todo esto, si se cumplen los preceptos de la higiene: buena organización de las horas del trabajo, con intervalos de reposo absoluto; estableciendo la velocidad según el ritmo normal del obrero, evitando la monotonía y los movimientos inútiles; el descanso dominical y el nocturno; las buenas condiciones del ambiente; asientos cómodos; no hacer uso del alcohol o de otros tóxicos; régimen alimenticio adecuado; habitación sana, etc., pronto se repondrán las fuerzas y el trabajo en sus límites fisiológicos, es decir, todavía conservará la salud. De otro modo el obrero irá de frente al cansancio patológico, a la fatiga, que tanto daño hace al trabajador como al industrial. La fatiga puede ser aguda o crónica; ambas formas son graves y producen, cuando menos, la vejez prematura, sin necesidad que se asocie otra causa, y es necesario evitarla porque ella compromete el porvenir de la raza y la riqueza del país.

Las enfermedades causadas por las malas condiciones higiénicas en que se ejecuta el trabajo, así como la incomodidad física, son las causas que producen mayores daños. Entre estas una de las más graves y más frecuentes es la fluctuación del personal. El abandono de una industria para pasar a otra es muy frecuente entre los menores, los viejos y las mujeres, porque estas categorías son más sensibles y más frágiles que los hombres adultos, a las causas de insalubridad. Este hecho es muy oneroso para el industrial, porque cada nuevo ingreso ocasiona por cierto período alguna pérdida de tiempo y de material, y tiene mayor facilidad de que sufra accidente a causa de su inexperiencia. Otro resultado muy elocuente de la falta de condiciones higiénicas de un taller o de una fábrica, es la disminución del rendimiento de la masa obrera, y también del malestar que se manifiesta con cierta frecuencia por medio de huelgas o de protestas, sin que los obreros puedan darse cuenta del verdadero origen. Un individuo muy fatigado o intoxicado por los materiales del trabajo, o de otro modo debilitado, es irritable; por eso la huelga o la protesta o cualquier agitación en un taller, debe considerarse como reacción fisiológica a un ambiente desfavorable. Hay, pues, una gran conveniencia económica en evitar los disturbios dependientes de razones sanitarias, sean por las manifestaciones indicadas, sean aquellas limitadas a las pequeñas pérdidas de tiempo, requeridas por el cuidado de los

## INFORMACIONES SOCIALES

trastornos morbosos transitorios, y los accidentes del trabajo. Esta convicción ha llevado a muchos industriales a establecer en las mismas fábricas **servicios médicos**, procedimiento que tiene grandes ventajas, por que el obrero es asistido inmediatamente en caso de cualquier accidente, que no atendido a tiempo puede ser peligroso y comprometer su vida.

Pero el mayor interés de todo industrial debe estar en el desarrollo de los procedimientos tendentes a evitar las enfermedades y los accidentes. Es en el campo de la higiene preventiva donde la labor del **médico de fábrica** adquiere un gran relieve. Examinar a los obreros en los momentos del ingreso, de dedicarlos a trabajos en los cuales su organismo adquiera mayor resistencia y las mejores aptitudes, haciendo exámenes periódicos para observar el modo de reaccionar el organismo, hacia las causas morbosas dependientes del trabajo, alejándolo oportunamente de las insidias o de los peligros que lo amenazan, indicando los medios de defensa personal o las providencias relativas a la higiene del ambiente, y el uso de medidas que se deben adoptar para prevenir las enfermedades.

Estas providencias deberán intensificarse en los establecimientos donde se manipulan sustancias tóxicas o peligrosas, porque también se trata de evitar el daño que ejercen sobre la salud y la capacidad del trabajador, los factores ambientales comunes.

Nadie ignora que la cantidad de daño que sufre cualquier industria a causa de las ausencias, de las enfermedades o de la debilidad de sus hombres, es muy grande. En toda fábrica o taller el trabajo de cada sujeto está estrechamente unido al de los otros; si uno de ellos no resuelve sus tareas con la misma celeridad y con la misma precisión de sus compañeros, hace disminuir necesariamente el ritmo de todo el taller.

La defensa primordial contra los daños que derivan de la debilidad orgánica o de las malas condiciones de la salud de los trabajadores, consiste en una cuidadosa selección de ellos en el acto de admitirlos.

En muchos países, la visita médica preventiva y periódica existe, sobre todo para los obreros ocupados en trabajos peligrosos. Es indispensable que esta medida que sólo abarca a un determinado grupo, se extienda a todos los laboristas, y no deberá considerarse como un rechazo a los individuos débiles o enfermizos, y como consecuencia condenarlos a la miseria, por que se les tendrá presente para colocarlos en aquellos trabajos compatibles con su estado.

Establecer y llevar a la práctica las prescripciones que tiendan a la defensa de la salud de la clase trabajadora, es cuestión fundamental en toda administración sanitaria, por que a pesar del progreso gigantesco de la mecánica, el factor hombre, como elemento de producción, es irremplazable, y por que de la salud de sus obreros depende en gran parte el estado sanitario de un país.

La higiene ha demostrado que las causas que debiliten o anulen la capacidad productiva del trabajador son en gran parte evitables, y ha señalado, claramente, los medios para combatirla.

Las clases trabajadoras de la hora presente no sólo desean que se lleven a la práctica las reivindicaciones de orden económico, sino que han adquirido una mayor conciencia del valor de su salud, y por eso pi-

## INFORMACIONES SOCIALES

den una mayor tutela sanitaria, de parte del Estado, contra las enfermedades y los accidentes.

De ahí que todos los gobiernos que consideran la defensa de la salud de los trabajadores como deber social, han intervenido en el campo de la higiene del trabajo, dictando leyes especiales. Los industriales del país, no deben considerar este movimiento del Estado en favor de la clase laborista, como un ataque a sus intereses, porque los gastos hechos en mejorar las condiciones higiénicas de los talleres y tutelar la salud de los obreros, redundan en provecho de una mejor producción. En las naciones en que se encuentran bien organizadas las industrias, están convencidos los patronos, que de la salud de los obreros depende el progreso industrial de un país y que los gastos que se hacen en servicios médicos, son siempre largamente recompensados.

Cada fábrica o taller debe tener su respectivo servicio médico, como cuestión fundamental para establecer y cumplir las prescripciones del trabajo. Ha pasado ya la época en que el médico de fábrica era solamente solicitado en los casos de accidente. Su papel verdadero era desconocido, el médico no hacía jamás labor preventiva; su campo de acción era reducidísimo, actuando siempre cuando se realizaba el fracaso. Pero las nuevas leyes y disposiciones especiales han ampliado su campo de acción.

En los Estados Unidos y en Inglaterra, en que el médico de fábrica ha adquirido gran prestigio, su actividad ha producido los más benéficos resultados en el incremento de la producción. Las leyes sobre la tutela de la salud de la clase obrera, han dado al médico eficiente autoridad. En las grandes fábricas en que la población obrera es numerosa, no es posible que se continúe recurriendo al médico sólo en caso de accidente y para expedir certificados. Los médicos no deben estar encargados simplemente de asegurar el auxilio inmediato en caso de accidente, de practicar las vacunaciones, de efectuar las visitas de ingreso, de establecer el registro sanitario, de expedir los certificados a las autoridades judiciales o de policía, y de controlar las ausencias en caso de enfermedad, sino que también deben emplear otras formas de asistencia sanitaria con fines higiénicos y de prevención de las enfermedades, y resolver las numerosas cuestiones que día a día se presentan.

El médico de fábrica, que tiene la oportunidad de seguir de cerca el estado de salud de cada obrero, se encuentra en condiciones de adquirir conocimientos y experiencias sobre los tipos de la patología profesional y, por lo tanto, puede advertir los síntomas de cualquier enfermedad, estableciendo el tratamiento oportuno. Puede, asimismo, poner en relación inmediata las alteraciones de la salud de los trabajadores con las causas directas e indirectas que tienen su origen en los locales o en otros factores del ambiente profesional, o en las materias elaboradas producidas, o aún en los métodos de elaboración, estando por eso en condiciones de indicar, precisamente, las fuentes del daño y de demostrar el industrial la necesidad de estudiar o de modificar determinados puntos de la organización del trabajo, para neutralizar el poder nocivo que los elementos ejercen sobre la salud de los obreros.

## INFORMACIONES SOCIALES

El médico capacitado por sus conocimientos de los problemas sanitarios e higiénicos podrá abordar los problemas fisiológicos, cosa que toca más de cerca a la producción, por que comprende el estudio de la resistencia orgánica y la capacidad para el trabajo.

El conocimiento de lo primero evitará el error de dedicar a los trabajos que representen peculiares causas de daños sobre determinados órganos, a los individuos predispuestos. El estudio de la segunda cuestión da a conocer si un individuo es apto para un buen rendimiento económico en sus actividades. Además de estas fundamentales tareas, se presenta otra no menos importante, la de valorizar el trabajo, es decir, aumentar la capacidad productiva del obrero con la mayor economía de sus fuerzas. Indicar cómo puede efectuarse la mejor utilización de las energías del organismo, constituye el gran problema de trabajo. Un impulso en la aplicación de esta directiva, vino con el sistema Taylor. Pero éste, declarando no haber podido obtener de los estudios de los fisiólogos ayuda alguna para evaluar la resistencia del hombre a la fatiga, había resuelto por su cuenta el obtener la mayor eficiencia de la máquina humana, subdividiendo cada operación en movimientos elementales, midiendo tanto el tiempo mínimo requerido por cada movimiento, cuanto el número de ellos ejecutable en la unidad de tiempo por los obreros físicamente más aptos, más inteligentes o más expertos, prohibiendo todo movimiento inútil y alternando todo esfuerzo útil con un descanso muscular absoluto. El principio abstracto y el fin al cual miraba Taylor, consistente en la máxima utilización de la fuerza del trabajador, es por sí mismo encomiable, como muy laudable es el intento de aplicar el espíritu científico a los problemas de la producción; pero sus discípulos e imitadores utilizaron, casi exclusivamente, el método del cronometraje del movimiento y quisieron dar a sus deducciones una aplicación, rígida e inflexible; por eso llegaron a la absurda conclusión de exigir a todos los trabajadores, la ejecución de las operaciones en el tiempo mínimo, alcanzado por los más hábiles, habiendo, por consecuencia, un gasto excesivo de fuerzas. Con esta deformación del sistema, en vez de alcanzar la organización científica del trabajo, se llegaba prácticamente a una organización de la fatiga. Algunos industriales trataron desde un principio de poner reparo al desgaste de la mano de obra, cambiando frecuentemente obreros y librándose de tal modo de los elementos deteriorados o deteriorables, pero cuando el personal escogido comenzó a escasear, entonces fué necesario cambiar de dirección y se regresó al concepto de obtener la mayor eficiencia de la producción del obrero, no sólo del factor mecánico del movimiento, bien estudiado en el tiempo y en el esfuerzo, sino del factor fisiológico total, representado por la plenitud de la salud de la fuerza del trabajador y por una utilización mejor de sus aptitudes intelectuales. Dentro de este concepto, la intervención del médico se volvía aún más indispensable y su cooperación adquirió pronto una gran importancia. Hoy, puede decirse sin exageración, que el sistema de Taylor no existe en los Estados Unidos bajo su forma primitiva. Pero el espíritu científico sobreviviendo a la aridez de alguna de sus fórmulas y a las malas aplicaciones del método, ha dado origen al impulso

## INFORMACIONES SOCIALES

de todas las medidas directas para perfeccionar la capacidad productiva del hombre.

La obra del médico de fábrica se ha hecho cada día más necesaria a los industriales y su auxilio es cada vez más eficaz. El laboratorio clínico se encuentra hoy en los establecimientos industriales americanos tan frecuentemente como el laboratorio químico, destinado a los análisis de las materias primas y de los productos.

Pero, para ejercer las labores de médico de fábrica se requiere conocimientos especiales; el médico tendrá que completar su cultura según las nuevas direcciones. Esta necesidad es tan vivamente sentida que en todos los estados europeos se instituyen cursos especiales. En los Estados Unidos y en Inglaterra, este nuevo tipo de médico, existe. Una escuela especial ha sido formada por industriales americanos. El número de médicos de trabajo aumenta cada vez más, lo que prueba su utilidad.

Pero la obra del médico estará destinada a quedar casi estéril si sus consejos y prescripciones no son aplicados de una manera inteligente. La enfermera es hoy día, el órgano indispensable en el procedimiento terapéutico y, por lo mismo, el auxiliar del médico. La enfermera de fábrica, de creación reciente, ha sido consagrada por nuevas disposiciones sanitarias.

La presencia de la enfermera da al paciente la seguridad de tener una asistencia material continua, que consiste en ayudarlo a soportar la depresión de las fuerzas y los sufrimientos producidos por la enfermedad, en evitar los peligros que se derivan, en cuidar de su limpieza, de su alimentación y en suministrarle las medicinas. Constituye, además, un consuelo moral y un estímulo para mitigar los sufrimientos manteniendo viva la esperanza en el éxito. La enfermera por su preparación especial, así como por su cariño a los enfermos, debe ser capaz de aplicar con exactitud las prescripciones del médico tratante y capaz también, de prestar auxilio a los enfermos en caso de urgencia, así como apreciar y llamar la atención del médico sobre las variaciones del estado del enfermo.

No menos importante y necesaria es la cooperación de la enfermera en las cuestiones relacionadas con la salud de los trabajadores, del mismo modo que la obra realmente eficiente del médico, no consiste propiamente en curar la enfermedad sino al enfermo. La tarea diaria que se debe proponer al higienista, cuando desciende del estudio de los problemas generales a su aplicación, no es aquella solamente de modificar el ambiente de la fábrica, sino también de crear la conciencia sanitaria. No es suficiente señalar a la masa los principios de la higiene, sino que es indispensable explicar a cada individuo trabajador el modo de valerse de los medios de que dispone para tutelar su propia salud.

Del estudio de las causas de las enfermedades, se deduce que muchas de ellas son las consecuencias del método de vida del individuo, o sea de su higiene personal, en cuanto se refiere a la alimentación, al vestuario, la habitación, el trabajo, el descanso, las costumbres.

Para llevar a la práctica los consejos necesarios a fin de modificar la higiene personal y las deficiencias ambientales, al punto que las indicaciones lleguen al individuo, debe ser completada o concordada con la

## INFORMACIONES SOCIALES

educación individual. Se ha discutido cómo se puede llegar a este fin. Se han puesto en práctica muchos medios, conferencias, proyecciones cinematográficas, boletines, afiches, pero no han dado todos los resultados que de ellos se esperaban, por que estos métodos, por lo general, hacen poca impresión sobre la inteligencia de los obreros. Ellos no saben muchas veces traducir los consejos o sugerencias prácticas y adoptarlas a los hechos de la vida. Pero en cambio, una enfermera instruida y cariñosa, acostumbrada a curar al accidentado de la fábrica, a quien los obreros han visto asistir con éxito los accidentes o las enfermedades, sabrá perfectamente, en determinadas ocasiones, dar consejos sobre todas las cuestiones de la higiene personal y del ambiente; ella sabrá probar en conversaciones sencillas, la importancia de observar las buenas normas de la higiene y podrá, asimismo, explicar cuáles son los peligros de su profesión y el modo de defenderse, la manera de usar los aparatos de protección, de preservar su piel, sus ojos y sus pulmones de los daños, de los polvos y de los gases, de renovar el aire, de lavarse cuidadosamente, de tener lugares especiales para su vestuario, y defender su alimento del contacto de substancias nocivas, y de este modo, se verá modificarse radicalmente las costumbres de los obreros con gran ventaja para ellos y para la salubridad pública. Pero la obra sería incompleta enseñando solamente al obrero.

Estas lecciones de higiene deben ser llevadas a los miembros de la familia y que la familia de los obreros sea vigilada, guiada y animada por una persona capaz de conocer las necesidades, de descubrir las deficiencias higiénicas y de encontrar los remedios oportunos. De aquí se deduce fácilmente, que la enfermera de fábrica tendrá que extender su radio de acción y asumir con gran provecho, la importante tarea de enfermera visitadora; de ese modo ella podrá saber cómo vive el obrero y encontrar la explicación de muchos trastornos, podrá conocer su conducta personal y sus costumbres, mejor que con la simple observación verificada durante el trabajo; podrá adquirir los datos de las causas morales que perturban su capacidad productora, y buscar, por cuanto sea posible, mitigar el influjo depresivo del trabajo.

Es el profesor Franck Parsons quien, en 1903, buscó por primera vez guiar las vocaciones de una manera sistemática, y el "Vocation Bureau" de Boston fué organizado en 1908, de acuerdo con sus ideas. Desde esa época el movimiento en favor de la orientación profesional ha tomado un desarrollo considerable. Pero no se vaya a creer que el fin de la orientación profesional es colocar a un individuo en determinada ocupación y que un examen sumario es suficiente para saber de la capacidad y de las aptitudes de un sujeto. No, la orientación profesional, es inseparable de la instrucción y de la educación comenzada desde mucho tiempo antes, a fin de cultivar el espíritu y corregir sus efectos y errores.

La orientación profesional se propone determinar para el individuo el trabajo más aparente a su organización física y química. Según esta nueva directiva, ya no es suficiente para el mayor rendimiento de la capacidad productiva, la conservación de la salud física y las buenas con-

## INFORMACIONES SOCIALES

diciones del ambiente de fábricas y talleres, sino que es necesario, además, el conocimiento del estado psíquico del individuo para determinar sus aptitudes a fin de colocarlo en las mejores condiciones. El concepto de aptitud profesional supone capacidad positiva y específica con relación a un trabajo o grupo de ocupaciones. El examen orientador tendrá por objeto definir el tipo de actividad profesional, las disposiciones y tendencias y alejar de determinados trabajos a aquellos individuos que ofrezcan para los mismos, alguna especial receptividad morbosa. El examen médico con fines orientadores, basado en el estudio completo del sujeto, tiene por misión principal establecer la profilaxia profesional, y por eso no sólo se limitará a decir al futuro obrero la profesión a la que puede dedicar sus actividades, sino también deberá indicar precisamente, las que no puede ejercer, como consecuencia de su estado de salud, de su desarrollo orgánico y de su capacidad intelectual. Esto no quiere decir que se abandone a los anormales físicos, cuya orientación profesional preocupa tanto, sobre todo después de la última guerra.

Por lo expuesto se ve que la mayor parte de las cuestiones relacionadas con el trabajo pertenecen a la medicina; que el factor más importante de la producción es el hombre, a pesar del progreso incesante de la mecánica, y que el médico juega papel preponderante en la organización científica del trabajo, porque el rendimiento económico del obrero depende de factores higiénicos, fisiológicos y psicológicos, y que los temas conexos: previsión, asistencia, seguros sociales, casas para obreros, subsistencias, salarios, selección y orientación profesional, reeducación de mutilados de incapacidades, y enfermedades profesionales, pertenecen al campo de la higiene industrial, y finalmente, que el médico necesita de la cooperación de otros profesionales: ingenieros, abogados, expertos en seguros, subsistencias, y estadística y del concurso especial de enfermeras del servicio social.

# Métodos para estimar la población de Lima-Perú

por JOSEPH A. CAVANAUGH, Ph. D.

Asesor Técnico en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Perú, sobre Estadística Demográfica en el Programa de Ayuda Técnica del Gobierno de los EE. UU.—Punto IV.

## I. INTRODUCCION

### A. Lima: Una ciudad en transición

Lima es una de las grandes ciudades que crece más rápidamente en Latino-América. Su población total se ha incrementado en forma tremenda desde 1940, debido principalmente a la inmigración. Esto ha alterado fundamentalmente las anteriores tasas de natalidad y mortalidad, así como la razón o diferencia anual entre ambos fenómenos bio-demográficos. Consecuentemente la población se ha redistribuido. La estructura socio-económica ha variado por la influencia de los cambios en las condiciones económicas mundiales, por las inversiones del capital foráneo y por los avances de la técnica. Sin embargo, parece probable que las ideologías culturales son las que cambian más lentamente. La inter-relación de estas fuerzas inherentes a la transición que se opera en las pequeñas áreas metropolitanas cuando pasan a ser grandes metrópolis, cooperan al cambio de la estructura social. Lima, no obstante, se adapta lentamente a los aspectos culturales propios de las grandes metrópolis de otros países.

### B. Propósitos del Estudio

Durante el período de transición se requieren constantes adaptaciones. Lima se ha tenido que adaptar a un progresivo incremento en el número de sus habitantes lo que ha dificultado hacer convenientes estimaciones económicas de su población. De ahí que los propósitos de este estudio sean: (1º) describir, discutir y evaluar el procedimiento oficial para las estimaciones de la población de Lima; (2º.) presentar otro método de estimación a base de un sistema independiente adaptado a los datos estadísticos disponibles; y, (3º.) comparar las dos estimaciones derivadas de métodos independientes, comparación que, en efecto, puede ser un medio para probar la bondad de la estimación oficial.

## INFORMACIONES SOCIALES

### C. Necesidad de estimaciones de población valederas

Es obvia la necesidad de contar con estimaciones de población razonablemente seguras (por ejemplo, con un error de no más de 10%, en más o menos). Las autoridades de Salud Pública necesitan esta información como base para computar una serie de índices útiles para el planeamiento de los programas en ese campo; las instituciones económicas lo requieren para estudiar la situación de los negocios; los gobiernos municipales tienen que basar los servicios comunales en los datos de población; las autoridades educacionales necesitan las estimaciones para planear las facilidades escolares, etc.

## II. ESTIMACIONES OFICIALES DE LA POBLACION DE LIMA

### A. Empleo de la parábola logarítmica y la estimación resultante

El último censo del Perú y Lima fué el de 1940. Desde este año los estadísticos peruanos han tenido el problema de estimar adecuadamente la población del Perú y de Lima. No obstante que hay diversos métodos para estimar la población, el que se ha usado oficialmente ha sido el de la ecuación matemática basada en los censos de Lima de 1906 (140,884), 1920 (173,007), 1931 (273,016) y 1940 (520,528 a medio año). En la ecuación oficialmente utilizada:

$$Y = 1569.676 - 32.637 X + 4.003 X^2 + 84.9968 \text{ Lcg. } X,$$

Y representa la población estimada, X el tiempo en años y el punto de origen el año 1906. Este método de curva parabólica se usa frecuentemente en áreas que han tenido dos o más censos anteriores y un considerable aumento de población, pero en que se desconoce en que grado dicho aumento se debe a la migración. (1).

El cuadro I indica las estimaciones de población y los coeficientes crudos de natalidad y mortalidad, desde 1940 —año del último censo nacional— hasta 1952 basadas en la anterior ecuación y el método de la curva parabólica. El cuadro II contiene las estimaciones oficiales de la población de Lima y el porcentaje que del total corresponde a cada uno de los 12 distritos que constituían el área metropolitana en 1940. Estas cifras, sin embargo, deben tomarse con algunas reservas. Ellas se han establecido en la presunción de que la proporción de personas en cada distrito en 1940 era la misma en 1950, no obstante que en los distritos

(1) Las estimaciones de población basadas en los datos corrientes que representan componentes del incremento o decrecimiento (como nacimiento, defunciones, migración) son bastante más preferibles que las basadas en el método de la curva matemática. Sin embargo, el uso de este método para estimar oficialmente la población de Lima no es conveniente porque no se dispone de todos los datos requeridos. Las estadísticas de nacimientos y defunciones de Lima son, posiblemente, bastante completas, pero no hay buenas estadísticas de migración que es un factor importante de la ecuación demográfica,  $F = B - D + IM - OM$ . (P: Población; B: Nacimientos; D: Defunciones; IM: Inmigración; OM: Emigración).

## INFORMACIONES SOCIALES

de más rápido crecimiento, tales como Miraflores y San Isidro, así como algunos otros, esta presunción no puede ser válida. Por ejemplo, de un censo independiente hecho en San Isidro en 1947, se obtuvo una población ligeramente superior a 16,000 personas y es probable que a la fecha (1953) sea considerablemente mayor. Sin embargo, la estimación oficial computada para San Isidro en 1950, es menor que la cifra censada en 1947. (2).

**B. Confiabilidad de las estimaciones oficiales**

Ya se ha hecho mención al uso de la parábola logarítmica para computar las estimaciones oficiales de la población de Lima. Una revisión de las premisas del método usado y de como ellas pueden afectar las estimaciones, ayudarán a evaluar la confiabilidad que se puede tener en los resultados obtenidos por ese método.

**CUADRO I**

**Estimaciones oficiales de población y tasas crudas de natalidad y de mortalidad, Lima 1940 - 1952. (\*)**

<b>Año</b>	<b>Población Estimada</b>	<b>Tasa cruda de natalidad estimada</b>	<b>Tasa cruda de mortalidad estimada</b>
1940	534,354 (**)	28.7	15.9
1941	545,846	29.0	15.1
1942	571,421	28.6	15.6
1943	598,443	27.7	13.9
1944	626,411	28.8	13.9
1945	655,334	29.8	13.6
1946	685,217	32.1	12.7
1947	716,072	34.1	12.8
1948	747,907	34.2	12.4
1949	780,731	33.4	12.7
1950	814,553	35.0	11.4
1951	863,000	35.3	11.0
1952	907,200	35.7	10.5

(\*) Estimaciones oficiales de población. Dirección de Estadística, Ministerio de Hacienda, Lima - Perú.

(\*\*) La estimación para 1940 es el mes de Diciembre. No se conoce el mes de estimación de los otros años.

(2) "El Censo Municipal del Distrito de San Isidro". Graciela Zavala, **Estadística Peruana**. Año IV, N° 6, Marzo 1948, Lima.

En el cuadro II se notará que el total de la población estimada para Lima es dado como 835,468, mientras que en el cuadro I figura como 814,553. No obstante que no se dan los meses de estimación, es altamente probable que la estimación del cuadro II sea a Diciembre de 1950 y la del cuadro I a medio año.

## INFORMACIONES SOCIALES

## CUADRO II

Estimación oficial de la población de Lima, por distritos; 1950 (\*).

Lima y distritos	Población estimada (1950)	% del total
Lima:	835,468	100.1
Cercado	432,940	51.8
Chorrillos	11,195	1.3
La Victoria	88,476	10.6
Lince	41,189	5.0
Magdalena del Mar	25,732	3.1
Magdalena Vieja	9,441	1.1
Miraflores	73,020	8.7
Rímac	91,734	11.0
San Isidro	14,119	1.7
San José de Surco	29,910	3.6
San Miguel	6,350	0.8
Santiago de Surco	11,362	1.4

 (\*) (Referencia: **Boletín de Estadística Peruana**, Julio - Setiembre, 1947.  
DNE, Ministerio de Hacienda y Comercio).

Consecuentemente, estas premisas son como sigue:

1. Los cuatro censos tomados previamente en Lima fueron seguros y contienen solamente pequeños errores en los registros y en los cómputos.
2. La curva parabólica computada con los últimos cuatro censos supone un igual y continuo ritmo de crecimiento de la población.
3. Los términos en  $X^2$  y  $\text{Log. } X$  presuponen incrementos progresivamente mayores en la población de Lima; y
4. La parábola usada presupone que la forma de crecimiento expresada por tal curva, parece plausible en vista de lo que se conoce acerca de las tendencias de los nacimientos, las defunciones y la migración.

La primera suposición es importante y la confiabilidad de futuras y pasadas estimaciones descansan en la aceptación de esta premisa, que puede ser más válida para el censo de 1940 que para los precedentes. por supuesto que es imposible verificar la confiabilidad de los censos antes de 1940.

La segunda premisa puede ser aceptada si uno desea aceptar algún error ignorado a este respecto. El crecimiento de Lima ha sido aparentemente continuo, pero probablemente no ha habido un incremento igual año a año como para producir un real incremento uniforme y constante en el crecimiento de la población. Obvio es que durante varios de los

## INFORMACIONES SOCIALES

primeros años posteriores al censo, se puede aceptar incondicionalmente la tercera premisa, pero la probabilidad de que no pueda ser aceptada comienza a ser más y más grande a medida que es mayor el tiempo post-censal. La tercera premisa resulta inaceptable, también después de transcurrido largo tiempo, especialmente si uno acepta la teoría Pearl-Reed, relativa al crecimiento de las poblaciones, adaptable a la curva logística. (3).

La cuarta premisa puede ser aceptada si la palabra "plausible" no se considera en límites demasiado estrictos. Por ejemplo, las estimaciones deben conformarse a tasas de natalidad y mortalidad razonablemente estimadas y basadas en los nacimientos y defunciones conocidos y las estimaciones de población que se hayan computado. Lo poco que se conoce acerca de la migración en Lima es compatible con las estimaciones oficiales.

El método oficial usado para estimar la futura población de Lima tiene ventajas y desventajas. Con el actual conocimiento de la estimación de la población, parece aconsejable usar una parábola de este tipo si la tasa de natalidad está aumentando mientras la tasa de mortalidad está decreciendo o sea que la tasa del crecimiento de la población está acelerándose. De otra manera esta parábola produce una curva suavizada y no tiene en cuenta las fluctuaciones anuales. Un cambio en el volumen de la migración que ha sido aparente para Lima favorece el uso de la parábola. Las parábolas tienen más flexibilidad pero sobre un período de tiempo en que ellas se mueven más y más rápidamente, como en el caso de Lima, en una dirección ascendente. Existe por supuesto, un límite en el crecimiento de la población. Por esta razón, el método de la parábola para estimar la población resulta más y más ineficiente con el transcurso del tiempo y su confiabilidad depende directamente de la extensión del período post-censal. Para los últimos períodos post-censales podía haberse reemplazado la extrapolación parabólica por un promedio aritmético o geométrico o por otra estimación independiente, a menos que se tome un censo. Las estimaciones oficiales que han sido computadas para Lima por este método dan tasas de natalidad y mortalidad, derivadas de los nacimientos y defunciones conocidos, que parecen ser "estimaciones razonables". (4).

---

(3) La Ley de Pearl es la siguiente: En un universo especialmente limitado, la cantidad de incremento que ocurre en cualquier unidad particular de tiempo a cualquier punto preciso del ciclo de crecimiento, es proporcional a dos cosas: (a) al tamaño absoluto ya obtenido al comienzo de la unidad de intervalo en consideración; y, (b) a la cantidad aún no usada o gastada de un universo (o área) dado de recursos actuales o potenciales para sostener el crecimiento. Ver Raymond Pearl, *The Biology of Population Growth — La Biología del Crecimiento de la Población—*, Alfred A. Knopf, New York, 1925, p. 22.

(4) Para mayor discusión sobre la confiabilidad en el uso de las curvas parabólicas para estimaciones de población, ver "Methods of Estimating Total Population for Current Dates", Manual I. Department of Social Affairs, Population División, United Nations, New York, 1952, pp. 28-37; y A. J. Jaffee, "Handbook of Statistical Methods for Demographers", Bureau of the Census, U. S. Department of Commerce, Washington, D. C. (Chapter VII, Population Estimates).

## INFORMACIONES SOCIALES

Un reciente estudio ha mostrado errores resultantes de extrapolación de censos previos de ciertos países seleccionados, a la fecha de su último censo, por los siguientes seis métodos de extrapolación:

1. Tasa de incremento aritmético (con datos de dos censos previos).
2. Tasa de incremento geométrico (con datos de dos censos previos).
3. Parábola de segundo grado (con tres censos previos).
4. Parábola de tercer grado (con tres censos previos).
5. Parábola de segundo grado, logarítmica (con tres censos previos).
6. Parábola de tercer grado, logarítmica (con tres censos previos).

De este estudio se desprende que las proyecciones de cualquier tipo tendrán grandes errores, si el crecimiento de la población en el pasado ha sido irregular. El error medio para los países estudiados se indica en el cuadro III.

### CUADRO III

**Error medio, más o menos, para países seleccionados resultante de extrapolación de datos de censos previos, por diversos métodos de extrapolación.**

Métodos de Extrapolación	Error Medio (%)
1	+ 5.9
2	- 6.8
3	+ 7.6
4	- 13.5
5	+ 9.1
6	- 13.1

Los datos incluyen los errores de extrapolación de los resultados de censos previos a la fecha del último censo en quince países seleccionados. El intervalo desde el último censo previo fluctúa entre 5 y 15 años. No obstante que el error medio en por ciento es más grande para el método 4 (parábola de tercer grado) y para el método 6 (parábola de tercer grado, logarítmica), un método que da el mejor resultado en un país, puede ser el más pobre para otro. Desde que el análisis final no se puede llegar a reglas precisas, dependerá del buen juicio el seleccionar el mejor método de acuerdo con las presentes condiciones del país y de cómo dichas condiciones se adaptan a las necesarias especificaciones sobre el uso de cada método en particular. (5).

No obstante que el método oficial usado para Lima, es decir, la parábola logarítmica, tiende a dar un error progresivamente mayor con el transcurso del tiempo, el que, a la fecha en que se escribe este artículo, es ya de trece años desde el censo de 1940, parecería que hubiera habido otras consideraciones tan satisfactorias o más aún que las que abonan en favor de los otros métodos, para decidir su uso en las estimaciones.

(5) Ver "Methods for Estimating Total Population for Current Dates". Manual I Departamento of Social Affairs, Population Division, New York, 1952, págs. 28-37.

## INFORMACIONES SOCIALES

### C. Prueba de la confiabilidad de las estimaciones de población por medio de la consistencia interna y externa.

Cuando los datos concernientes a la mitad de los componentes de la ecuación demográfica, es decir,  $P = B - D + IM - OM$ , están perdidos y los otros dos, nacimientos y defunciones, nunca han sido estudiados en cuanto a su integridad, ignorándose la omisión de estos registros en Lima, las estimaciones de población son, a lo mejor, un asunto precario. Pero solamente un futuro censo podrá indicar cuánta equivocación (o verdad) tienen las estimaciones de los demógrafos.

Sin embargo, pueden utilizarse ciertas medidas que pueden servir para probar la confiabilidad de cualquier estimación. Lo primero es probar la "consistencia interna". Aplicada a cualquier estimación de la población para computar tasas razonables de nacimientos y de defunciones y estimaciones igualmente razonables de migración. Por ejemplo, si un determinado método de estimación da una población de 1'000,000 de habitantes y la tasa de natalidad computada con el número conocido de nacimientos, es de 35% la estimación puede ser considerada como razonable. Por otra parte, si al computarse una tasa de mortalidad resulta menor de 10% y se supone pequeña o ninguna omisión en el registro de defunciones, la estimación de la población probablemente sería errónea.

La segunda medida para probar la confiabilidad es una prueba de "consistencia externa". Esta medida prueba la confiabilidad mediante el cómputo de estimaciones por un método independiente para comparar los resultados. La siguiente sección explica esta prueba de confiabilidad y el método usado.

### III. ESTIMACIONES DE POBLACION BASADAS EN LOS REGISTROS DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES

Aparte de las estimaciones oficiales de la población de Lima, otras estimaciones de profanos y organismos no oficiales han fluctuado entre 750,000 y 1'500,000 en 1952. Basándose en el número de los nacimientos y defunciones registrados y en las tasas de natalidad, mortalidad y mortalidad infantil, así como en otros índices asumidos, la población de Lima en 1952 no podría haber sido, teóricamente, mayor de 950,000, ni menor de 850,000. Estas cifras se pueden comparar favorablemente con las estimaciones oficiales basadas en el método de la curva parabólica.

Un método que utiliza el número conocido de nacimientos y defunciones precedente de las oficinas de registros de Lima y asume las tasas de natalidad y mortalidad con las estimaciones de la población probable, da resultados que pueden ser compatibles con esos datos conocidos de estadística vital. Las siguientes son las premisas que particularizan este método:

1. Que el tamaño de la población es función de:
  - a) el número de nacimientos y una razonablemente determinada tasa de nata

## INFORMACIONES SOCIALES

- b) el número de defunciones y una razonablemente determinada tasa de mortalidad.
2. Que la omisión en el registro de nacimientos de Lima es igual a los nacimientos que ocurren en Lima pero cuyas madres residen fuera de Lima, (es decir: que el número de nacimientos ocurridos en Lima pero no registrados, se compensa con el de aquellos nacimientos que ocurriendo también en Lima y registrándose ahí, proceden de madres residentes fuera de Lima).
- 3°. Que la omisión en el registro de defunciones en Lima es igual al número de defunciones registradas en Lima de personas que residen fuera de Lima.

Esencialmente este método comprende el número conocido de nacimientos y defunciones y las tasas asumidas de natalidad y mortalidad, expresándose esta estimación en términos de estimación alta, baja o media basadas en presunciones diferentemente asumidas de tasas de natalidad y mortalidad para cada año desde el último Censo Nacional de 1940. Las estimaciones de población ( $P_e$ ) son computadas usando el número conocido de nacimientos ( $N$ ) y una supuesta tasa cruda de natalidad (TCN), con la siguiente fórmula:

$$P_e = \frac{N}{T C N} \times 1000$$

La tasa de natalidad supuesta para cada año es una razonable aproximación basada en (1°.) la tasa conocida para 1940, (2°.) la razón entre los nacimientos y las defunciones, y (3°.) las tasas conocidas de natalidad para otras localidades de similar nivel cultural. Para cada año es computada la estimación alta, media y baja de población con una tasa asumida de natalidad alta, media y baja. La estimación alta para cada año supone la tasa cruda más baja de natalidad y de mortalidad, mientras que la estimación baja asume las más altas tasas.

Una vez que se ha computado la estimación de la población sobre las bases del número conocido de nacimientos y de una tasa de natalidad supuesta, la tasa cruda de mortalidad (TCM) es computada con el número conocido de defunciones ( $D$ ), usando la siguiente fórmula:

$$T C M = \frac{D}{P_e} \times 1000$$

De esta manera, cada tasa cruda de natalidad que se supone tiene una computada estimación de población y una tasa cruda de mortalidad igualmente computada. Estas estimaciones de población que son acompañadas de tasas crudas de natalidad y mortalidad que parecen ser demasiado bajas o demasiado altas de acuerdo con la prueba de "consistencia interna", pueden ser eliminadas. Las estimaciones que quedan después de la eliminación de las "irrazonables", se aceptan bajo las premisas antes mencionadas.

## INFORMACIONES SOCIALES

Por ejemplo, una estimación de población computada con una tasa de natalidad de 30 y un número dado de nacimientos, puede parecer razonable desde que la conocida tasa de natalidad para Lima en 1940 fué alrededor de esa cifra. Pero después de computar la tasa de mortalidad sobre las bases de la estimación de población y el número conocido de defunciones, se obtiene una tasa de 8, resultando obvio que esta estimación de población es demasiado alta y, consecuentemente, la tasa cruda de natalidad es demasiado baja. Esto sería especialmente cierto en Lima desde que la conocida tasa de mortalidad infantil es comparativamente alta y probablemente es casi igual a la de otros países Latinoamericanos que tienen una tasa general de mortalidad de aproximadamente 11 ó 12.

El cuadro IV ilustra los métodos de cálculos descritos arriba para Lima en años post-censales seleccionados.

CUADRO IV

Ejemplos de poblaciones estimadas a base de tasas de natalidad asumidas y nacimientos y defunciones conocidas, en tres años post. censales seleccionados, Lima-Perú.

Fecha	Tasa cruda de natalidad asumida (TCN)	Tasa cruda de mortalidad calculada (TCD)	Nacimientos Conocidos (N)	Defunciones Conocidas (D)	Población Estimada (Pe)
			a	a	c
1952	34	10.0	32,346	9500	951,400
	35	10.2	„	„	924,200
	36	10.6	„	„	898,500
	37	10.9	„	„	874,200
	38	11.2	„	„	851,200
1946	33	13.0	22,048	8714	668,100
	34	13.4	„	„	648,500
	35	13.8	„	„	630,000
1942	29	15.8	16,361	8903	564,200
	30	16.3	„	„	545,400
1940b	29.2	16.2	15,328	8517	524,124

a. Estimados para 1952.

b. Tasas y población calculadas con las cifras del Censo de 1940.

c. La población estimada está expresada en la más próxima centena.

En dicho cuadro se puede notar que una razonable estimación de la población en 1952 sería entre 851,200 y 951,400, con un valor medio de casi 900,000, partiendo del principio de que uno acepte la premisa de que la tasa de mortalidad no es menor de 10.0 ni mayor de 11.2 y la tasa de natalidad no menor de 34 ni mayor de 38. Las mismas conclusiones son apropiadas para todos los otros años post-censales.

## INFORMACIONES SOCIALES

El cuadro V contiene las estimaciones de población expresadas en términos de intervalos de estimación y tasas crudas de natalidad y mortalidad asumidas para los años post-censales, 1940-1953.

La figura I muestra los valores del cuadro V en forma gráfica. Se presentan las estimaciones alta, media y baja, así como las tasas alta, media y baja de natalidad y mortalidad. Las estimaciones computadas con las tasas de natalidad asumidas y las tasas de mortalidad seleccionadas son comparadas con la línea puntuada que representa las estimaciones oficiales del gobierno computadas con el método de la curva parabólica. Todas las estimaciones oficiales de 1942 a 1946 son más altas que las tasas de natalidad asumidas, pero de 1947 a 1953 la curva cae casi directamente sobre la población media estimada por el método de la tasa de natalidad asumida. Es interesante notar que el intervalo entre las estimaciones alta y baja es generalmente mayor a medida que aumenta el tiempo desde el último censo. Esto sucede necesariamente porque se conoce progresivamente menos acerca de las tendencias de las tasas de natalidad y mortalidad y del volumen de la migración. Las estimaciones se van transformando así en fundadas apreciaciones pero la seguridad de las mismas es casi imposible. Las diferencias entre las estimaciones altas y bajas van desde 9200 (1941) hasta 93000 (1953). Al agrandarse la inhabilidad para estimar la tasa cruda de mortalidad, tiene que ser más grande el intervalo con la tasa cruda de natalidad y con la estimación de la población.

## CUADRO V

Estimaciones de la población y sus intervalos de acuerdo a los intervalos de la tasa de mortalidad calculada con tasas asumidas de natalidad, clasificadas por alta, media y baja, Lima—Perú: 1940—1952.

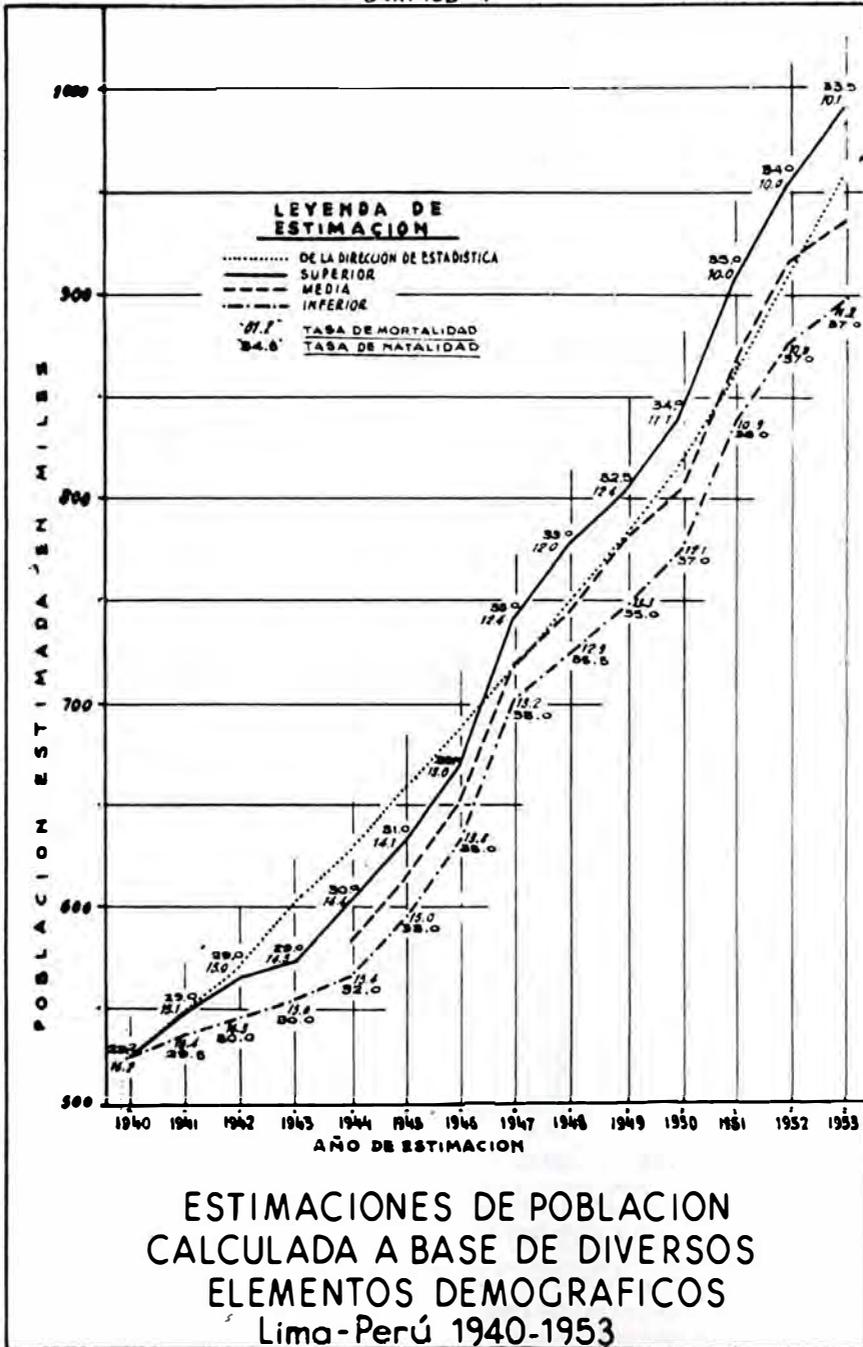
Años	Tasa cruda de natalidad			Tasa cruda de mortalidad			Población estimada		
	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja
	a			a			a		
1940		29.2			16.2			524,124	
1941	29.5	—	29.0	15.4	—	15.1	545,000	—	535,800
1942	30.0	—	29.0	16.3	—	15.8	564,200	—	545,400
1943	30.0	—	29.0	15.0	—	14.5	572,500	—	553,400
1944	32.0	31.0	30.0	15.4	14.9	14.4	601,900	582,500	564,300
1945	33.0	32.0	31.0	15.0	14.6	14.1	630,100	611,200	592,700
1946	35.0	34.0	33.0	13.8	13.4	13.0	668,100	648,500	630,000
1947	35.0	34.0	33.0	13.2	12.8	12.4	739,700	717,900	697,400
1948	35.5	34.5	33.0	12.9	12.5	12.0	775,500	741,800	720,900
1949	35.0	33.5	32.5	13.3	12.8	12.4	801,500	777,600	744,200
1950	37.0	35.5	34.0	12.1	11.6	11.1	838,100	802,600	770,100
1951	38.0	36.5	35.0	10.9	10.5	10.0	902,500	865,400	831,200
1952	37.0	35.5	34.0	10.9	10.4	10.0	951,400	911,200	874,200 b
1953	37.0	35.5	33.5	11.2	10.7	10.1	987,900	932,300	894,500 b

a. Censo Nacional del Perú de 1940.

b. Basado en estimaciones de nacimientos y defunciones en Lima.

INFORMACIONES SOCIALES

GRAFICO E



## INFORMACIONES SOCIALES

Las estimaciones anteriores se han basado en la principal premisa de que el número de nacimientos y defunciones publicado para Lima contiene pequeño error por omisiones en los registros. La validez de esta premisa se desconoce. Consecuentemente puede asumirse que las estimaciones presentadas pueden contener una omisión general de 15 % para nacimientos y 5 % para defunciones en cada año desde 1940 (6).

Las estimaciones de población son computadas en la misma forma que en las anteriores estimaciones, asumiendo la no existencia de omisión. El cuadro VI contiene una comparación de estimados de población alto y bajo, asumiendo la no existencia de omisión y 15% de omisión para nacimientos y 5% para defunciones. La figura 2 traduce este cuadro en forma gráfica. Aún cuando algo se subestime, las estimaciones basadas en la premisa de la no existencia de omisión tienden a ser más altas que las otras estimaciones con diferente premisa descrita anteriormente.

CUADRO VI

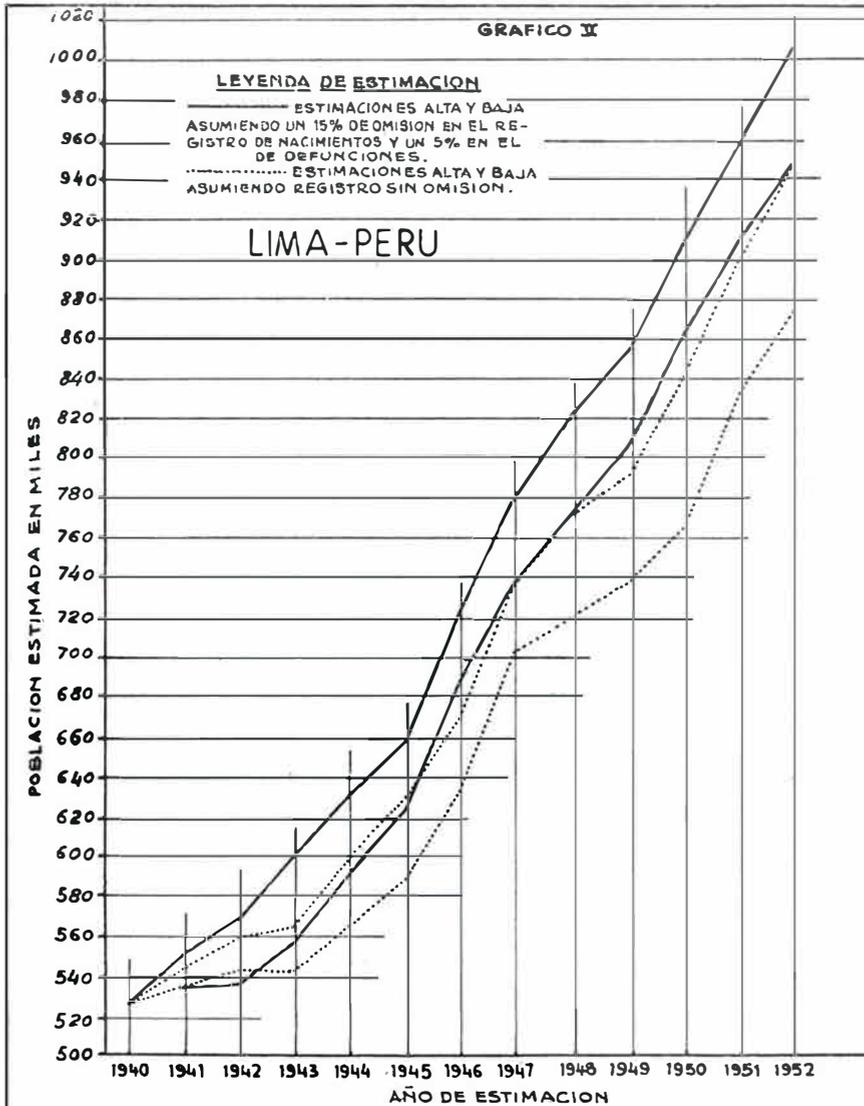
**Composición de las estimaciones de población, estimación de T C N, cálculo del T C D, por años, calculados con (1) nacimientos y 15 fallecimientos enumerados y (2) con nacimientos enumerados más 5 %, Lima: 1940—1953.**

Fecha	Estimación alta de la población	Estim. TCN	Calc. TCD	Estimación baja de la población	Estim. TCD	Calc. TCD
1953	987,900	33.5	10.1	894,500	37.0	11.2
1952	951,400	34.0	10.0	874,200	37.0	10.9
1951	902,500	35.0	10.0	831,200	38.0	10.9
1950	839,100	34.0	11.1	770,100	37.0	12.1
1949	801,500	32.5	12.4	744,200	35.0	13.3
1948	775,500	33.0	12.0	720,900	35.5	12.9
1947	739,700	33.0	12.4	697,400	35.0	13.2
1946	668,100	33.0	13.0	630,000	35.0	13.8
1945	630,100	31.0	14.1	592,700	33.0	15.0
1944	601,900	30.0	14.4	564,300	32.0	15.4
1943	572,500	29.0	14.5	553,400	30.0	15.0
1942	564,200	29.0	15.8	545,400	30.0	16.3
1941	545,500	29.0	15.1	535,800	29.5	15.4
1940	524,124	29.2	16.2	524,124	29.2	16.2

Todos los datos para 1953 son computados sobre la base del número estimado de nacimientos y defunciones.

(6) El volumen de la omisión es usualmente más grande para nacimientos que para defunciones porque hay requisitos legales que cumplir para enterrar a las personas fallecidas y es más compulsiva la obligación de obtener el certificado legal de la defunción. Por esto es mayor el control ejercido sobre el registro de defunciones que el que se relaciona con nacimientos.

INFORMACIONES SOCIALES



COMPARACION DE LOS INTERVALOS EN LAS ESTIMACIONES DE POBLACION ASUMIENDO (1)REGISTRO COMPLETO DE NACIMIENTOS Y DE DEFUNCIONES Y (2) 15%DE OMISION EN LOS REGISTROS DE NACIMIENTOS Y 5% EN LOS DE DEFUCIONES.

## INFORMACIONES SOCIALES

## IV RESUMEN

El patrón de crecimiento para Lima ha sido difícil de computar. Idealmente, la medición del crecimiento puede ser realmente obtenida por la suma del incremento natural al saldo migratorio. Se dispone de estadísticas sobre el incremento natural (aún cuando se desconoce la omisión). De igual importancia pero desconocido es el volumen del crecimiento migratorio. Esto último es una seria omisión desde que se supone que gran parte del crecimiento de la población de Lima en los últimos años se debe al relativo gran volumen de migración.

Entre los diversos métodos escogidos, el sistema empleando una línea de tendencia basada en los censos pasados y un método diferente usando los nacimientos y defunciones conocidos, como índice del crecimiento de la población, parecen estar entre los mejores de que puede disponerse. Un método sirve como prueba de la confiabilidad del otro. Este artículo, ha tratado de describir estos métodos y también de llegar a una estimación de población razonable para los años posteriores a 1940, año del último censo.

De acuerdo con los cálculos desarrollados en este artículo y las estimaciones oficiales hechas por la Dirección Nacional de Estadística, la población de Lima en 1952 se estima como incluida entre el intervalo 894,500 y 1'005,000. Estas cifras representan una baja y una alta estimación basadas en los dos métodos previamente explicados. La estimación baja está basada en los nacimientos y fallecimientos enumerados (sin corrección) y la estimación alta está basada en los nacimientos y fallecimientos enumerados corregidos por una posible omisión en los registros. La estimación oficial es de 907,200 para 1952 y está incluida entre el mismo intervalo.

Para 1953 es muy posible que la población de Lima esté muy próxima al 1'000,000 de habitantes. Esta indicación es más que una suposición desde que parece compatible con las más adecuadas tasas de natalidad y mortalidad estimadas, las cuales a su vez fueron usadas para computar las cifras con los nacimientos y fallecimientos conocidos.

# Los Seguros Sociales en Gran Bretaña

POR DAVID N. CLARK

Del Ministerio de Pensiones y Seguro  
Nacional de Gran Bretaña.

Seis años han pasado, desde que el sistema general de seguros fué introducido, y es por tanto conveniente detenernos a considerar qué es lo que se ha alcanzado y qué desarrollos serán posibles en el futuro. Para poner en ejecución esta segunda parte, 1954 es año particularmente apto, porque en el Acta de Seguro Nacional de 1946, se prescribe que sus operaciones serán revisadas cada cinco años, por el Actuario del Gobierno y por el Ministro de Pensiones y Seguro Social, estando éste obligado a presentar su informe al Parlamento. Este informe deberá ser presentado, al término del año financiero 1953-54 y actualmente se han producido considerables discusiones públicas y comentarios en la prensa nacional, sobre la futura política a seguir.

Para explicar el sistema de Seguros Sociales inglés, primero es necesario considerar cómo el sistema de seguros encaja con las otras provisiones que han sido creadas en general por la Seguridad Social. Esto lo explicaremos claramente, trazando el desarrollo del Sistema, hasta que alcanzó su punto culminante en 1948. Así podrá obtenerse, que el esquema general propuesto por Lord Beveridge, fué revolucionario en algunas formas y fué, según sus propias palabras "en algunos puntos importantes, con desarrollo, natural desde el pasado".

**Desarrollos iniciales.**—Para trazar este desarrollo, es necesario remontarse a la era Isabelina, cuando el primer sistema estatutorio de ayuda al pobre, fué recién desarrollado por la Ley de Pobres de 1601, la responsabilidad para la manutención y subsistencia del desvalido fué encomendada a las parroquias; a pesar que este sistema fué modificado y remodelado, para poder hacer frente a las condiciones de vida, la Ley de Pobres fué la única vigente en lo que se refiere a la Asistencia del Desvalido, hasta fines del siglo diecinueve. En esta época fué introducido lo que puede llamarse el primer esquema moderno, es el Acta de Compensaciones Obreras de 1897, que otorgaba un derecho estatutorio de compensación a los trabajadores accidentados en ciertas industrias. Sin embargo, se dictó sin condiciones ni administración estatal, y los empleadores eran responsables directamente del abono de las compensaciones. A esto siguió en 1908, un esquema para las pensiones de vejez, igualmente sin intervención de los trabajadores, sujeto a un examen por las autoridades para determinar el grado de necesidad.

La primera verdad precursora del actual esquema del Seguro Nacional, fué dictada en 1912. Las disposiciones de esta ley contemplaban el

## INFORMACIONES SOCIALES

principio de la atención médica gratuita y el pago de subsidios durante la enfermedad y el desempleo, a cambio de una contribución semanal oblada por medio de estampillas en una tarjeta. El esquema del desempleo se extendió considerablemente en 1920, y en 1926 se introdujeron las pensiones de vejez, viudez y orfandad. En adición, se dictaron leyes especiales para abordar directamente los problemas presentados por el largo período de desempleo, crándose así en 1934 la Junta de Asistencia al Desempleado. Las funciones de esta Junta fueron ampliadas en 1940, para incluir la administración de ayudas suplementarias, pagables en los casos en que fuera requerido el abono de sumas adicionales a las ya suministradas por el plan de pensiones. A pesar de que todos estos planes estaban siendo constantemente desarrollados, no hubieron intentos para unificarlos en un solo sistema. El resultado fué que se formó una variedad de unidades administrativas, cada una a cargo de su pequeña sección del trabajo requerido. El proceso de desarrollo tuvo que atravesar esta etapa, pero posteriormente, se pudo apreciar claramente, que era necesaria la revisión general de la concepción total de la Seguridad Social y de sus diversas unidades.

**El Informe Beveridge y la Legislación correspondiente.**—En junio de 1941, en la mitad de la guerra mundial, el gobierno nombró una comisión interdepartamental “para tomar a su cargo, con especial atención, la interrelación de los diferentes planes, la revisión de los diversos sistemas nacionales de seguro social y servicios anexos, incluyendo las compensaciones obreras; y por último presentar recomendaciones”.

El Presidente de este Comité fué Sir William Beveridge (actualmente Lord) y en noviembre de 1942 el “Informe Beveridge” fué presentado. El informe hacía resaltar el plan de seguridad social necesario para cubrir “a todos los ciudadanos de bajo nivel de vida” y ponía “los seguros necesarios contra la interrupción y destrucción de la fuerza de manutención, indicando especiales partidas para los gastos de nacimiento, matrimonio y muerte”. Este informe se fundamentó en tres postulados: la introducción de las ayudas familiares, la institución de un Servicio Nacional de Sanidad y un estable nivel de vida para los empleados.

El Informe Beveridge fué recibido con mucho entusiasmo y pese a que las proposiciones anteriormente enumeradas fueron modificadas en algunos puntos por el Gobierno, el actual contiene en términos generales, las recomendaciones del informe mencionado.

La introducción del plan en julio de 1948, necesitó la aprobación por el Parlamento, de cuatro grandes Actas: el Acta de Seguro Nacional que unificaba todos los planes de seguros estatales; el Acta de Seguro Nacional contra Accidentes del Trabajo, que reemplazaba al viejo sistema de compensaciones obreras, estableciéndolas como función directa del Estado; el Acta del Servicio Nacional de Sanidad, la que daba derecho a todas las personas en general, que estuvieran aseguradas o no, a recibir tratamiento médico gratuito, incluyendo la hospitalización; y el Acta de Asistencia Nacional que puso fin a la Ley de Pobres, estableciendo una Junta Nacional de Asistencia, como administradora de las ayudas a todas las personas cuyas rentas, incluyendo los beneficios que proporcionaban los diferentes seguros, fueran insuficientes para cubrir sus necesi-

## INFORMACIONES SOCIALES

dades más esenciales. Asimismo, fué aprobada una Acta para proveer ayudas familiares a todas las familias con dos o más niños, sin considerar sus rentas y sin aportar ninguna contribución.

Para realizar esta legislación, fué necesario efectuar considerables cambios administrativos. El Servicio Nacional de Sanidad fué establecido como dependencia del Ministerio de Sanidad y sus operaciones son enteramente independientes de los otros sistemas de seguros.

La Asistencia Nacional fué convertida en Junta de Asistencia Nacional, que es un cuerpo independiente, siendo responsable ante el Parlamento, el Ministro de Pensiones y Seguro Nacional. Finalmente, el Plan de Seguro Nacional, el Seguro contra Accidentes del Trabajo y el Plan de Ayudas Familiares, fueron puestas bajo la directa responsabilidad del Ministerio de Seguro Nacional.

Más recientemente este Ministerio ha sido fusionado con el encargado de la administración de las pensiones de guerra, dando así por resultado la creación del Ministerio de Pensiones y Seguro Nacional.

Ello se relaciona con la legislación del Seguro Nacional y Accidentes del Trabajo, que este artículo trata principalmente. Es esencial recordar que esta legislación corresponde a sólo una parte del sistema de Seguridad Social, y que detrás de ellos están el Servicio Nacional de Sanidad y el Sistema de Asistencia Nacional.

**El Sistema Unificado de Seguros.**—El efecto general de la nueva legislación, es que, prácticamente, el total de la población de Gran Bretaña, por encima de la edad escolar, está siendo obligatoriamente asegurada contra los principales riesgos de la vida moderna. Las contribuciones semanales, son pagadas al Fondo del Seguro Nacional, por medio de estampillas que se adhieren a una tarjeta especial. El Estado, por su parte abona su correspondiente contribución; y por todas las personas empleadas, los empleadores depositan sus contribuciones. De este Fondo se abonan también los diversos subsidios para evitar los variados riesgos que afectan a la población, como la pérdida de la renta por enfermedades, desempleo, vejez, accidentes de trabajo, muerte y viudez. Estas alcanzan tanto el asegurado como a su familia.

El plan señala que dentro de la población asegurada, existen diferentes clases de personas, a quienes corresponden beneficios de acuerdo con su forma de género de vida. Por tanto, la población asegurada, está dividida en tres clases. La primera clase está constituida por las personas empleadas, o sea aquellas que trabajan para un empleador bajo un contrato de servicios; la segunda clase, son las personas auto-empleadas o sea, las personas propietarias del local de comercio que laboran para sí mismas y aquellas personas propietarias de sus negocios o que tienen ocupaciones independientes, como los médicos por ejemplo; la tercera clase formada por las personas no empleadas, que no trabajan por ganancias especificadas. Las tasas de las contribuciones varían de acuerdo con las clases ya señaladas, pero cada una de ellas abonan la misma contribución, excepto que es menor la de la gente joven.

Asimismo, los beneficios otorgables varían en función a la clase de asegurado. Las personas de la clase primera están cubiertas contra todos los riesgos; las de la segunda clase por todos exceptuando Desem-

## INFORMACIONES SOCIALES

rrresponde como pensión definitiva por fallecimiento del esposo, quedando excluido del goce de las prestaciones posteriores ya reseñadas.

**Asignación a los tutores.**—Está destinada a animar y estimular a las personas que tienen a su cargo niños huérfanos de las familias, entendiéndose por el concepto de “personas” a las físicas y no a las jurídicas, cuyo sentimiento de apoyo a la niñez desvalida se trata de fomentar. La asignación asciende a 15 s. a la semana, que se concede a las personas que tienen en su familia a un niño, cuyos padres han fallecido, y siempre que uno de éstos haya sido asegurado.

**Pensiones de Retiro.**—Alcanzan a las mujeres desde los sesenta años y a los hombres desde los sesenta y cinco, siempre que se retiren del trabajo regular. La proporción normal de cada pensión es de 32 s. 6 d. a la semana por hombre o mujer asegurado y 21 s. 6 d. por una mujer casada no asegurada, la que fundamenta su derecho en las contribuciones del esposo. Si la persona asegurada no se retira a la edad mínima requerida, a su correspondiente pensión se añade 1 s. 6 d. semanalmente, por cada seis meses más de trabajo. A los setenta años para los hombres y a los sesenta y cinco para las mujeres, automáticamente se les empieza a abonar la correspondiente pensión, así la persona no se haya retirado del trabajo.

**Concesiones por Muerte.**—Están destinadas a ayudar a los gastos derivados del deceso. Es un pago único que varía de seis libras esterlinas para un niño menor de tres años a veinte libras esterlinas para un adulto.

**Beneficios por Accidentes de Trabajo.**—Se abonan beneficios especiales a los que se invalidan o accidentan en el trabajo como consecuencia de un accidente o ciertas enfermedades específicas. Estos beneficios, a pesar de ser pagados a las personas que estuvieren trabajando bajo un contrato de servicios, no dependen de sus contribuciones. Cuando se produce la incapacidad para el trabajo como resultado de una lesión, los beneficios alcanzan la suma de 55 s. semanales por un período máximo de veintiseis semanas. Esta prestación es más elevada que la que se abona por enfermedad, pero indicaremos nuevamente que es un beneficio fijo y que no está relacionado con las ganancias previas de la persona.

Al finalizar el período de pago de estos beneficios, se abona un subsidio en razón de la incapacidad sobreviniente a la persona, como consecuencia de la lesión o lesiones físicas o mentales que dieron mérito al otorgamiento de estos beneficios. La tasa que se abona, depende del grado de incapacidad que dictamina una Junta Médica y varía entre 55 s. y 11 s. semanales, por tanto tiempo como dura la incapacidad. Estos beneficios continúan pagándose a pesar que el accidentado continúa trabajando.

Para incapacidades menores se proporciona asistencia en reemplazo de la pensión, con asignaciones extras para ciertos casos que necesitan constante atención, igualmente se conceden por desempleo y por las

## INFORMACIONES SOCIALES

circunstancias de haber tomado un trabajo de muy baja remuneración.

Cuando una persona muere, como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad especificada, la viuda y sus familiares dependientes obtienen los beneficios de muerte; éstos dan derecho a la viuda a recibir una pensión semanal durante toda su vida, y se interrumpe si ella se vuelve a casar; la tasa depende de la edad de la viuda al ocurrir el fallecimiento y si tiene niños. En caso de nuevo matrimonio, se le otorga como suma única, la equivalente al monto de una pensión anual.

Las ayudas para los hijos de personas fallecidas son abonadas a los tutores respectivos. Otros parientes sostenidos por el fallecido, gozan también del beneficio de muerte.

**Financiación del Sistema.**—El dinero necesario para la financiación de este plan, proviene en parte de las contribuciones fijas de los asegurados y empleadores, y de los impuestos generales. Una muestra de la contribución es que el aporte semanal de un hombre adulto es de 10 s. 9 d., de los cuales, el empleado mismo paga 5 s. 9 d.

El sueldo promedio en este país en la presente época, es de nueve libras esterlinas 10 s. por semana, por lo que la contribución del empleado es aproximadamente del 3% de su salario.

Los ingresos y gastos que más abajo presentamos, nos muestran cómo son suplementadas estas contribuciones por los impuestos generales y cómo los pagos están divididos entre los diversos beneficios:

## FONDO DEL SEGURO NACIONAL

En millones de libras esterlinas

Ingresos	Egresos
Contribuciones de asegurados y empleadores . . . . 417	Beneficios por desempleo . . . . 15
Suplemento Fiscal . . . . . 80	Beneficios por enfermedad . . . . 63
Sumas adicionales del Fisco . . . . 24	Beneficios por maternidad . . . . 8
Entradas por inversiones, etc. . . . . 36	Beneficios a las viudas y ayudas a los tutores . . . . 25
	Pensiones de retiro . . . . 257
	Concesiones por muerte . . . . 3
	Contribución al Servicio Nacional de Sanidad . . . . . 41
	Otros pagos . . . . . 6
	Administración . . . . . 24
	Exceso de recibos sobre pagos . . . . 97
Total .. 557	Total .. 557

## INFORMACIONES SOCIALES

## FONDO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO

Ingresos		Egresos	
Contribuciones de asegurados y empleadores . . . .	30	Beneficios a los lesionados	9
Suplemento Fiscal . . . . .	6	Beneficios a los incapacitados	7
Entradas por inversiones . . . . .	2	Beneficios por muerte . . . . .	0,5
		Administración . . . . .	3
		Exceso de recibos sobre pagos . . . . .	18,5
Total . . . . .	38	Total . . . . .	38

**Futuros Desarrollos.**—Como hemos mencionado al principio de este artículo, en este año se presentará el informe quinquenal que el Acta señala.

De acuerdo con el artículo 39 de la Ley, el Actuario Gubernamental debe presentar un informe “Sobre las condiciones financieras del Fondo del Seguro Nacional y sobre si las contribuciones son adecuadas o no para afrontar el pago de los beneficios”. Después de este informe, que deberá ser expuesto ante el Parlamento, el Ministro respectivo tiene que revisar las cuotas y montos de los beneficios en relación a:

a).—Las circunstancias existentes en el momento que la persona se asegura en Gran Bretaña, incluyendo en forma particular las cantidades necesarias para preservar la salud y la capacidad de trabajo; y

b).—Todos los cambios efectuados en aquellas circunstancias desde que las cuotas y los montos de los beneficios fueron decretados por esta Acta o cualquier modificatoria de ella y la posibilidad de futuros cambios.

Pese a que estas revisiones están en relación con las cuotas y beneficios, el Ministerio de Pensiones y Seguro Nacional está anunciando arreglos para esa revisión y ha declarado que siempre se ha entendido que en la primera oportunidad, se hará una revisión total del sistema.

El Ministro ya ha presentado al Comité Consultivo del Seguro Nacional, varias preguntas. Este es un Comité independiente creado por el Acta del Seguro Social, donde se dirige el Ministro por las diversas consideraciones y además asuntos relacionados con las funciones del Acta; asimismo formula todo lo que él cree conveniente, incluyendo las preguntas así como la conveniencia de modificar el Acta respectiva.

Indudablemente, el problema más serio es el incremento notable de las pensiones de retiro. Los gastos por esta clase de pensiones son iguales a las tres cuartas partes del total de las cuotas de todos los beneficios. El Actuario del Gobierno, ha calculado que el costo de las pensiones de retiro se doblarán en los próximos 25 años y la mayor parte del gasto extra, recaerá sobre el Ministerio de Hacienda.

La causa principal de este aumento, es que en Gran Bretaña, al igual que en muchas otras naciones, está aumentando el porcentaje de personas de edad. A principios de este siglo, habían diez personas que pasaban a edad pensionable por cada cien hombres en edad de traba-

## INFORMACIONES SOCIALES

jo; en la actualidad la proporción es de veinte por cada cien; y en menos de otra generación, habrán treinta. La duración media de vida de una persona en edad pensionable, es actualmente de 12¾ años para un hombre de 65 años y de 18¾ para un mujer de 60.

A pesar de que este continuo aumento de la duración de la vida, debiera ser recibido como el producto del progreso social realizado, es obvio que el alto costo de las provisiones efectuadas para la vejez es materia de gran importancia. Este factor ha llevado al Ministro de Hacienda a proponer la creación de un Comité, para examinar los problemas económicos financieros de la vejez.

No es posible predecir, cuál será el resultado final de las revisiones. Es indudable además, que el campo de acción a cubrirse es muy vasto, y virtualmente la total estructura del Seguro Social en Gran Bretaña, estará sujeta a un examen crítico profundo en estos próximos meses.

---

## ADMINISTRACION DEL SEGURO SOCIAL DE GRAN BRETAÑA

**Introducción.**—En la primera parte hemos delineado las provisiones del Seguro Nacional y del Plan de Accidentes de Trabajo, y a la vez hemos explicado como el sistema unificado de seguro estatal pasó a ser dependencia de un solo Ministerio, el de Pensiones y Seguro Nacional. Este artículo trata la organización de ese Ministerio y sus funciones, en relación con el seguro nacional. Sin embargo, se debe recordar que estas funciones están limitadas a la provisión de beneficios en dinero, en retribución a las contribuciones semanales y que la asistencia médica, óptica y dental está cubierta por el Servicio Nacional de Sanidad que posee administración distinta.

### ORGANIZACION

La organización adoptada por el Ministerio de Pensiones y Seguro Nacional, para la administración de los diversos seguros, es muy compleja y consiste en una pequeña Central Matriz, una gran oficina central y una vasta red de administraciones locales y regionales.

**Central Matriz.**—Está ubicada en Londres y su actividad se dedica a la dirección y manejo de la política a seguir por la organización. Asimismo, es responsable de la administración general del Ministerio y supervigila la aplicación de la Ley y prepara la nueva legislación. Además de los departamentos de personal, organización, legal, finanzas y asuntos médicos, posee departamentos especializados en cada uno de los beneficios en particular o de un grupo de beneficios.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Oficina Central.**—Se encuentra en Newcastle. Esta oficina, que ocupa un área de 26 hectáreas, tiene la obligación de matener el “Historial de vida” de cada persona asegurada y de proporcionar los detalles necesarios solicitados por las diversas oficinas locales. Tres mil personas se encargan de esta labor: Igualmente en esta Oficina Central, se encuentran: la Rama de Asignaciones Familiares, que comprende tres millones de familias; la Rama Central de Pensiones que posee las historias de cerca de cuatro millones y medio de pensionados, y una Rama de Estadísticas, que entrega al Actuario del Gobierno, las distintas cifras sobre los diferentes riesgos financiados. Asimismo, proporciona valiosa información sobre la distribución en el país de la mano de obra.

**Oficinas Regionales y Locales.**—Son en total novecientas. La más extensa tiene más de cien empleados y la más pequeña cuenta con menos de diez.

Para la supervisión y control, se agrupan en doce regiones, cada una a cargo de un Controlador Regional, el cual está sujeto a las directivas generales que se imparten de la Central Matriz; y tiene a su cargo el trabajo de la región; las decisiones diarias y pueden ser tomadas en el mismo lugar, tanto por los administradores de las oficinas locales como por el controlador mismo, sin solicitar referencias a la Matriz, excepto en materias muy importantes. Así es que, a través de estas oficinas los asuntos del seguro son puestos en funcionamiento. Los pedidos de asignación de beneficios son hechos ante estas oficinas y ahí mismo se abonan. Esta política de descentralización, asegura que la mayor parte de la población amparada, tenga libre acceso a las dependencias del Ministerio, recibiendo de parte de los empleados, las instrucciones y demás consejos sobre los problemas de sus seguros.

## FUNCIONES

Las labores esenciales que diariamente se ejecutan en esta organización, son las siguientes:

- a)—De las contribuciones que deben abonar las personas aseguradas;
- b)—Registro de los pagos efectuados a los efectos de los posibles reclamos por beneficios;
- c)—Aceptación y determinación de los reclamos; y
- d)—Pago de beneficios.

**Recaudación de Contribuciones.**—En términos generales, las contribuciones con respecto a cada persona, son recaudadas semanalmente, de acuerdo con la categoría de su seguro. El método normal de pago es por medio de una tarjeta de contribuciones, en la que la persona asegurada o su empleador, fijan las correspondientes estampillas, que se obtienen en las oficinas de Correos. Estas tarjetas se emiten inicialmente, cuando la persona se asegura por primera vez. Normalmente se realiza al dejar de asistir a la escuela y para facilitar la tramitación, el procedimiento respectivo está encargado al Ministerio de Trabajo y Servicio Nacional, en una Oficina del Empleo, o generalmente en la Oficina de Empleos Juveniles. Simultáneamente con la emisión de esta tarjeta de

## INFORMACIONES SOCIALES

cotizaciones, se prepara una ficha y un índice, que son enviados a la Oficina Central, para formar así la base del record del nuevo asegurado. Estas tarjetas de contribuciones sólo duran un año y luego son canjeadas en las oficinas locales del Ministerio, por otras nuevas. El trabajo de estar canjeando veinte millones de tarjetas y la verificación del pago, en cada una de ellas, es inmenso; para distribuir el trabajo durante todo el año, la población asegurada se divide en cuatro grupos iguales, procurando que sus períodos contributivos finalicen cada tres meses.

A pesar de que pegando una estampilla es la manera más común de abonar las contribuciones, pueden emplearse otras formas o métodos. En los casos de empresas grandes con buenos sistemas de contabilidad, se les autoriza el pago directo por medio de cheques. En otros casos, el Ministerio permite el uso de máquinas que impresionan las cantidades sobre la tarjeta. Con el fin de verificar que las contribuciones son realmente abonadas, el Ministerio nombra Inspectores del Seguro, que tienen amplios poderes para inspeccionar, incluso ingresar a los centros de trabajo, donde laboran los asegurados.

**Registro de las Contribuciones.**—Las tarjetas canjeadas, son enviadas por las oficinas locales a la Oficina Central, donde como medida de seguridad, son perforadas. Por el número de estampillas y créditos de desempleo, y por los datos de enfermedades sufridas y otros créditos proporcionados separadamente por las oficinas locales, se obtiene el número total de las contribuciones pagadas y acreditadas en todo el año; esta suma así calculada se coloca en la hoja de servicios de cada persona. Para hacer más fácil la identificación, todo asegurado tiene un “número del seguro nacional” y las hojas de servicio son archivadas de acuerdo con estos números.

A todas las personas que muestran deficiencias en sus historias o que omiten la entrega de las tarjetas, se les envía avisos; éstos están en relación con un estricto calendario, para procurar que cualquier deficiencia, sea subsanada o corregida a tiempo, antes de afectar y retrasar los beneficios de los asegurados. En total, anualmente se tiene que revisar las cuotas de 25 millones de asegurados.

**Recepción de Reclamos.**—Todos los pedidos de beneficios son efectuados ante las oficinas locales, ya sea por escrito o personalmente. Tan pronto como la solicitud es recibida, la oficina local se comunica con la Oficina Central a fin de conocer la historia del solicitante y para cerciorarse que no ha hecho pedidos similares en otras oficinas locales. El procedimiento es extremadamente simple y ha sido mecanizado en alto grado. Los datos del asegurado se perforan en una tarjeta especial, junto con su correspondiente número de inscripción y el de identificación de la oficina local. Así es enviada la tarjeta a la Oficina Central. Esta recibe diariamente treinta mil de estas tarjetas perforadas, de las diversas oficinas locales; pero con el empleo de nuevos inventos (como sorteadoras eléctricas e instalación de tubos neumáticos), la información requerida es rápidamente obtenida. La operación total, en la Oficina Central, toma una o dos horas. Para casos urgentes, una Oficina Central

## INFORMACIONES SOCIALES

de Telégrafos, está en comunicación directa con quinientas casas de correos.

Tan pronto se recibe respuesta de la Oficina Central, el reclamo es normalmente resuelto.

**Determinación de los Reclamos.**—Un aspecto notable del seguro social inglés, es que los reclamos por los diversos beneficios son aprobados por autoridades independientes. En primer lugar, los reclamos llegan a manos del Oficial de Seguro Local (hay por lo menos uno en cada Oficina Local). Este decide sobre la solicitud, pero si el reclamante no está satisfecho con el fallo, puede apelar a un tribunal local, el cual comprende entre sus miembros: un presidente, que comúnmente es abogado o procurador, y otros miembros, uno de ellos sorteado del grupo de asegurados y el otro, de los empleadores y otras personas. Existe, en algunas circunstancias el derecho final de apelación al Comisionado del Seguro Nacional, que es una persona de altas e intachables cualidades, nombrado por la Corona. La decisión de este alto funcionario es la palabra final en todos los reclamos.

Este sistema de otorgamiento es completamente independiente del Ministerio, y ni el Ministro ni sus oficiales pueden actuar en contra e en forma diferente a lo dispuesto por estas autoridades. Sin embargo, hay ciertas preguntas, que son reservadas para la decisión del Ministro y algunas otras que sólo son determinadas por una junta de médicos y por tribunales médicos de apelación, creados por la Ley de Accidentes de Trabajo.

**Pago de los Beneficios.**—Se utilizan varios métodos. En el caso de corta duración (enfermedad, accidentes, etc.) normalmente el pago es efectuado por medio de giros postales individuales y que pueden ser cobrados por el asegurado, en cualquiera de las 25,000 oficinas de Correos del país.

Este es un método muy conveniente y la mayoría de los pagos efectuados hasta la fecha, se han realizado por esta vía. Sin embargo se realizan arreglos para abonar en efectivo los subsidios en la Oficina Local o excepcionalmente en el hogar del asegurado. En el caso de beneficios de larga duración (como pensiones de retiro y de viudez), los pagos por una pensión se efectúan por medio de una libreta que contiene un número de órdenes de pago, las cuales se presentan semanalmente a las oficinas del Correo y son así pagadas. Normalmente, estas libretas de órdenes de pago para viudas y pensionistas, se emiten por un año, a cuyo vencimiento son canjeadas por otras nuevas. La emisión y renovación de éstas, coadyuvan para su producción en masa, realizada centralmente.

## MÉTODOS DE ORGANIZACIÓN

En el curso del año, el Ministerio cambia y confecciona historias de más de veinte millones de tarjetas de contribuciones; recibe y determina más de siete millones y medio de reclamos por beneficios, emite más de

## INFORMACIONES SOCIALES

diez millones de libros de órdenes y cuarenta millones de giros postales. El volumen de estas cifras hace que sea necesario, que cada tarea sea llevada a efecto tan rápidamente como sea posible, pues unos pocos minutos añadidos a una acción, pueden equivaler a la necesidad de emplear varios cientos de empleados ayudantes. En añadidura, es vital que el público, al reclamar sus beneficios, lo haga en la forma más simple posible a fin de examinar exactamente las diversas solicitudes y pagarlas rápidamente.

La organización delineada anteriormente, está obligada a tomar estos factores en consideración, proveyendo dentro del Ministerio, tanto del sistema de centralización y descentralización. Al centralizar su labor, como en el caso de las fichas, libretas de órdenes de pago, contabilidad y estadística, ha sido posible el empleo de métodos mecánicos de alto grado, obteniéndose así, todas las ventajas de las operaciones en gran escala. Por otro lado, al descentralizar su labor, como es el recibo y verificación de reclamos, ha sido así posible proporcionar rápidos servicios al público y asegurar del mismo modo el pago de los beneficios, justamente en la etapa que más se necesitan.

Las organizaciones centrales y locales, así como los métodos empleados, son objeto de una constante revisión, habiéndose así obtenido grandes adelantos. Un notable avance en la Oficina Central, ha sido la instalación de una máquina perforadora, destinada a la renovación de las libretas de órdenes de pago de pensiones. En las oficinas locales, las posibilidades de mecanización son limitadas, pero mucho se ha realizado a la fecha, en lo que se refiere a organización y maquinaria.

Se ha desarrollado un sistema de organización en el que las oficinas locales, han sido divididas en grupos auto-responsables, cada uno de los cuales toma enteramente a su cargo, una parte de la amplia sección de reclamos. Así se elimina la congestión, se reduce el movimiento de papeles y se proporciona mayor responsabilidad al personal de oficina. Otro adelanto consiste en que se ha provisto de escritorios especialmente diseñados, que facilitan tener siempre al alcance, y convenientemente dispuestos, todos los papeles y demás documentación que se utiliza. Mucho se ha realizado para simplificar las formas de trabajo y para perfeccionar los diversos procedimientos. Un ejemplo es la simplicidad con que actualmente se puede hacer la solicitud de beneficios. Los certificados de incapacidad que la persona recibe de su médico, le dan derecho a solicitar los beneficios correspondientes. Por lo único que el asegurado debe preocuparse es por aportar unos cuantos detalles y enviarlos a la oficina local. Una de las características del Servicio Civil Británico es la revisión y mejora de la organización y métodos utilizados en cada departamento. El Ministerio de Pensiones y Seguro Nacional en común con sus grandes departamentos, mantiene una "División de Organización y Métodos". Esta división cuenta con una central de servicios consejeros, la que dirige a los empleados en sus respectivas atribuciones, de acuerdo con los más modernos desarrollos en las oficinas administrativas, tanto fuera como dentro del Servicio Civil. Este estudia la posibilidad de utilizar ayudas mecánicas y asiste en la mejor estructuración de los procedimientos, manteniendo contacto con-

## INFORMACIONES SOCIALES

tinuo con el servicio civil general de la Rama de Métodos y Organización del Tesoro y con similares cuerpos administrativos fuera del servicio civil, tales como el Instituto Británico de Administración.

En cualquier organización de la magnitud del Ministerio de Pensiones y Seguro Nacional, siempre existe el peligro de que la maquinaria administrativa llegue a convertirse en algo impersonal y perder así el sello humanitario tan necesario para poder entenderse con el público concurrente. El Ministerio, siempre atento a este peligro, se ha puesto en guardia contra él. Cuando el actual Ministro de Pensiones y Seguro Nacional, Rt. Hon. Osbert Peake, M. P., asumió el cargo en otoño de 1951, dijo:

**“En su corta historia, este Ministerio ha alcanzado una espléndida reputación por su bondad, cortesía y consideración, con las que administra los grandes sistemas de bienestar a él encomendados”.**

El personal de este Ministerio, está muy celoso de esta envidiable reputación y no escatima esfuerzos para mantenerla siempre permanentemente.

# **La Protección Alimentaria del Trabajador en Venezuela**

POR EL

Dr. J. H. RODRIGUEZ CABRERA

Director del Instituto Nacional de Nutrición de Venezuela

## **I N T R O D U C C I O N**

Este trabajo tiene sobre todo un carácter informativo en relación con la protección alimentaria del trabajador venezolano.

Queda al margen del mismo, el análisis de las obras de protección social que por intermedio del Ministerio del Trabajo, se realizan en Venezuela a favor del obrero, tales como el Seguro Social; las colonias vacacionales; centros de rehabilitación y reeducación; la Casa Sindical en Caracas; el Instituto de Recreación y Capacitación obrera; etc.

Por otro lado el aumento de los salarios nominales por encima del ritmo de aumento del costo de la vida ha hecho posible un aumento del salario real en los últimos años.

La política de edificaciones obreras que lleva a cabo el Banco Obrero, ha sido sin duda uno de los programas que mayor impulso ha recibido recientemente.

Cada uno de estos programas exigiría un análisis amplio, que se escaparía a la intención específica de este trabajo.

No obstante, antes de iniciar la exposición acerca de la protección alimentaria del trabajador venezolano, parece necesario exponer algunos aspectos ligados directamente a este estudio:

### **I.—CONDICIONES ECONOMICAS DE LOS OBREROS:**

Antes de considerar en sus aspectos más importantes la protección alimentaria del trabajador en Venezuela, es conveniente presentar un panorama general acerca de las condiciones económicas y el poder adquisitivo en que aquél se desenvuelve.

Según datos publicados por el Banco Central de Venezuela, el Salario Nominal en el Área Metropolitana fué en 1.946 de Bs. 9.00, habiendo alcanzado en 1952, Bs. 21.55, lo cual significa un aumento del Salario Nominal en los últimos seis años de más del 100%.

Por otro lado, en los mismos años el Costo de la Vida aumentó un 46.6%. En consecuencia, el Salario Real ha aumentado en forma bas-

## INFORMACIONES SOCIALES

tante acusada, siendo la disponibilidad real de consumo de la clase trabajadora de un 63.3% mayor que hace seis años.

He aquí un Cuadro que resume los índices correspondientes a los Salarios Nominal y Real desde 1946:

C U A D R O N° 1

			Indice Salario Nominal	Indice del Costo de Vida	Salario Real
1946	Primer	Semestre	100.0	100.0	100.0
	Segundo	„	119.8	103.9	115.3
1947	Primer	„	128.6	109.7	117.2
	Segundo	„	148.8	115.5	128.8
1948	Primer	„	159.0	119.4	133.2
	Segundo	„	167.9	125.4	133.9
1949	Primer	„	173.6	131.1	132.4
	Segundo	„	179.8	132.0	136.2
1950	Primer	„	185.0	132.0	140.2
	Segundo	„	186.2	135.9	137.0
1951	Primer	„	189.8	142.7	133.0
	Segundo	„	205.0	145.0	141.4
1952	Primer	„	221.2	145.0	152.6
	Segundo	„	239.4	146.6	163.3

**II.—BOSQUEJO HISTORICO DE LOS SERVICIOS DE NUTRICION EN VENEZUELA:**

En 1938 se creó el primer Comedor Popular en la Plaza España (Caracas) y seguidamente otro en La Guaira, los cuales constituyeron el primer avance dado en el país acerca del mejoramiento de la alimentación de la clase trabajadora. También funcionaron para esa fecha otros Comedores en La Pastora, Palo Grande, Puente Sucre y Prado de María, que fueron eliminados en 1939 subsistiendo solamente los de Plaza España y La Guaira.

En el año 1938, en el Presupuesto Nacional, se fijó una partida para la creación del Servicio de Alimentación, con miras a iniciar los trabajos de investigación química de los alimentos, partida que fué eliminada al año siguiente.

En el año 1941 se creó la Sección de Nutrición adscrita a la Dirección de Salubridad Pública, la cual se dedicó a los estudios de los problemas alimenticios del país, realizando numerosas encuestas de consumo de diferentes regiones, a fin de conocer las características de la alimentación nacional.

En el año 1946 se creó el Instituto Nacional Pro Alimentación Popular, organismo autónomo que tenía como finalidad casi exclusiva la creación de una vasta red de Comedores Populares que proporcionara a la clase obrera una alimentación sana y abundante a bajo costo.

Contaba con una Sección Técnica, con el objeto de asesorar la marcha de los Comedores Populares y realizar algunos estudios tanto en el campo nutricional como en el dietético.

La red de Comedores Populares se fué extendiendo de manera considerable desde los primeros momentos. Para diciembre de 1948 había ya 16 Comedores Populares en funcionamiento. Se realizaron en el mismo tiempo varios trabajos de investigación clínica y encuestas de consumo.

Con el fin de complementar esta labor se proyectó en el mismo año de 1948 la organización de un plan de educación e información alimenticia de carácter nacional, para lo cual se celebró un convenio con la Asociación Internacional Americana, entidad filantrópica con sede en Nueva York, para la realización del amplio programa educativo proyectado.

En julio de 1948 comenzó a funcionar, en virtud de este convenio, el Consejo Interamericano de Educación Alimenticia, más conocido por la sigla CIDEA (hoy, Consejo Informativo de Educación Alimenticia).

Cumplida esta primera etapa, se vió la necesidad de ampliar las funciones del Instituto, tanto en el campo de la investigación como en el de la docencia y acción social, trayendo esto como consecuencia el cambio de nombre del Instituto.

Durante el segundo semestre el año 1949 se preparó un proyecto de reorganización del Instituto, y el 18 de noviembre del mismo año, por Decreto N° 320, se creó el Instituto Nacional de Nutrición, que sustituyó al anterior.

En resumen, y siguiendo un orden cronológico, tenemos:

1938 — Servicio de Alimentación.

1941 — Sección de Nutrición

1946 — Instituto Nacional Pro-Alimentación Popular.

1949 — Instituto Nacional de Nutrición.

Aparte de estos organismos debe señalarse la creación del Patronato Nacional de Comedores Escolares, decretado en el año 1945 y cuyo funcionamiento se llevó a cabo el año siguiente, así como el ya mencionado CIDEA.

### III.—FINALIDAD, MEDIOS Y PROGRAMAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION:

#### I.—Finalidad:

El Instituto Nacional de Nutrición tiene como finalidad específica fomentar la salud del venezolano, mejorando el estado de nutrición de la población.

#### II.—Medios:

Para cumplir esta finalidad el Instituto utiliza los siguientes medios:

1) Investigación: De los problemas nutricionales del país tanto en el individuo como en la colectividad. Asimismo estudia los alimentos y los factores geográficos, económicos y sociales que influyen en el problema de la alimentación.

## INFORMACIONES SOCIALES

2) **Recomendaciones normativas:** El Instituto Nacional de Nutrición, en su deber de velar por el mejoramiento de la salud pública, estudia y formula normas destinadas a los organismos ejecutores de los programas que de alguna manera influyen en el problema de la alimentación.

3) **Acción directa:** El Instituto utiliza algunos médicos directos de mejoramiento de la alimentación (Comedores Populares, Industriales, etc.). En algunos casos cumple funciones ejecutivas por delegación de otros organismos.

4) **Docencia y educación:** Uno de los medios considerados básicos en el Instituto es el de la preparación del personal técnico necesario para el desarrollo de los programas, así como la labor educativa en sus diferentes campos de acción.

5) **Trabajos en cooperación:** En circunstancias especiales o transitorias celebra convenios con otras entidades a fin de llevar a cabo programas de investigación o ejecutivos, en cooperación.

### III.—Programas:

Cada uno de los medios utilizados por el Instituto para cumplir aquella finalidad se han clasificado así:

1) **Investigación:** En este campo se señalan las siguientes subdivisiones:

a) **Bromatológicas:** El estudio de la composición química de los alimentos, que comprende un triple examen de cada producto, determinando su contenido en proteínas, grasas, hidratos de carbono, agua, minerales y vitaminas. Estudia asimismo las fórmulas adecuadas para el enriquecimiento de los alimentos, las técnicas de su conservación, así como otros aspectos en relación con los alimentos propiamente dichos.

b) **Biológicas:** El estudio de la acción de los alimentos sobre los animales de experimentación, en diversas circunstancias especiales, a fin de conocer el valor biológico de los alimentos o fórmulas en estudio, y en relaciones con la alimentación humana.

c) **Fisiológicas:** Comprende el estudio de las condiciones fisiológicas de la nutrición en el hombre venezolano, base fundamental para el mejor entendimiento de la patología de la nutrición.

d) **Clínicas:** Estudia la patología de los estados de desnutrición y de las enfermedades del metabolismo, a fin de precisar los métodos más adecuados para su evaluación clínica especialmente en grandes colectividades, tales como los grupos humanos controlados por los centros de Salud Pública.

e) **Sociales:** Comprende las investigaciones y los métodos de estudio de los problemas sociales (demográficos, económicos, educacionales, etc.) en el medio venezolano. A este fin se realizan encuestas familiares de consumo de carácter nacional, regional o local; estudios acerca de la producción, importación y exportación de alimentos en el país; los salarios de los trabajadores y sus relaciones con el costo de la alimentación; los precios de los alimentos en función de las cosechas, la alimentación de las colectividades homogéneas, la epidemiología de las enfermedades carenciales, etc.

Todas estas investigaciones (bromatológicas, biológicas, fisiológicas, clínicas y sociales) se consideran básicas y para la planificación de una racional política nacional de alimentación y el establecimiento de normas generales o específicas tendentes al mejoramiento de la nutrición de la población venezolana.

2) **Recomendaciones normativas:** En base de las investigaciones que se realizan, el Instituto Nacional de Nutrición puede proyectar métodos, fórmulas o programas que tiendan al mejor conocimiento de los problemas regionales o locales y al mejoramiento de la alimentación nacional de los grupos más vulnerables.

Estas normas, dictadas por el Instituto, una vez consideradas y aprobadas por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, van destinadas a dos campos ejecutivos:

a) Al personal ejecutivo del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (Unidades Sanitarias, Centros de Salud, Medicaturas Rurales, etc.) en cuyo caso el control de los métodos o de los programas puede ser delegado al Instituto Nacional de Nutrición o a la División respectiva (de Unidades Sanitarias, de Medicaturas Rurales, etc.) o ambas a la vez. En todo caso será la Dirección de Salud Pública la encargada de la supervisión máxima.

b) A los organismos encargados de la ejecución de determinados programas vinculados a la política nacional de alimentación (Ministerio de Agricultura y Cría, Ministerio del Trabajo, etc.). En este caso no puede haber una supervisión directa por parte del Instituto, pero sí indirecta.

3) **Acción directa:** El Instituto Nacional de Nutrición realiza o ejecuta algunos programas de mejoramiento de la alimentación por medio de la acción directa. La creación de la red de Comedores Populares constituye la acción más importante en este sentido.

4) **Docencia y educación:** Dentro del campo de la docencia, el Instituto creó y sostiene la Escuela Nacional de Dietistas, cuyas egresadas son destinadas al trabajo de Hospitales, Unidades Sanitarias, Comedores Populares, etc.

El Instituto, además, dicta cursos de nutrición a los alumnos del Curso de Médicos Higienistas, Médicos Rurales, Enfermeras de Salud Pública, Auxiliares, etc.

El Programa de Educación Alimenticia está en manos del Consejo Informativo de Educación Alimenticia (CIDEA), por convenio celebrado entre el Instituto y la Asociación Internacional Americana en 1948.

5) **Trabajos en cooperación:** Los trabajos en cooperación o entidades se verifican tanto en el campo de la investigación como en el de las recomendaciones normativas, de la acción directa, la docencia y educación, de acuerdo con las necesidades y conveniencias del trabajo en cada caso. Así existe el Consejo Informativo de Educación Alimenticia, el Centro Experimental Rural de Santa Teresa, el estudio de la desnutrición infantil con el Instituto de Puericultura, el Departamento de Dietética del Instituto "José Gregorio Hernández", de los Seguros Sociales; el programa de ayuda a las embarazadas, etc.

INFORMACIONES SOCIALES

**IV.—ORGANIZACION INTERNA:**

Para la mejor organización del trabajo, la Dirección General del Instituto tiene dos Divisiones:

- División Técnica
- División de Administración.

La División Técnica se subdivide, a su vez, en siete Servicios, a saber:

- Servicio de Bioquímica (Bromatología y Biología)
  - Fisiología
  - Nutrología Clínica
  - Nutrición Social
  - Dietética
  - Docencia
  - Diabetes.

Todos ellos elaboran programas en cada una de las funciones de investigación, recomendaciones normativas y cooperación. En algunos casos, la función predominante será solamente una, pero puede planear programas que cubran otros campos.

La función docente recae sobre un Servicio de manera exclusiva en su organización, aunque el personal de los demás Servicios debe cooperar en su marcha y funcionamiento.

Los programas de acción directa, planeados, organizados y supervisados por la División Técnica, recaen bajo la responsabilidad administrativa de la División de Administración.

La División de Administración tiene su organización interna adecuada a las necesidades del Instituto.

**V.—COMEDORES POPULARES EN VENEZUELA:**

Actualmente el Instituto Nacional de Nutrición cuenta 42 Comedores, distribuidos en toda la República. El número de cubiertos servidos va aumentando cada año, como según puede verse en el Cuadro que sigue:

**Estadística de cubiertos servidos:** Datos comparativos del número de cubiertos servidos:

1947	.....	1'373,644
1948	.....	3'516,867
1949	.....	2'807,081
1950	.....	3'741,080
1951	.....	4'345,582
1952	.....	5'138,936
1953	.....	6'692,525

Las comidas que se sirven en los Comedores Populares tienen la siguiente distribución:



## INFORMACIONES SOCIALES

no solamente desde el punto de vista técnico, sino que ha luchado por obtener una comida a bajo precio, balanceada y mejor preparada; para tal fin, en colaboración con el Servicio de Dietistas, se han introducido en los Comedores Populares recetas de platos criollos que garantizan en gran parte el aporte de los principios nutritivos esenciales para una buena alimentación.

La Inspectoría de Comedores Populares, por intermedio de la Inspección Técnica y el Servicio de Nutrología, colabora en el plan de embarazadas suministrando menús, orientando a Dietistas y a Administradores acerca de la importancia de este programa y el valor de una buena alimentación para la embarazada.

Como puede apreciarse, la Inspección Técnica, por medio del equipo de Dietistas, ha constituido un progreso para el buen funcionamiento de los Comedores Populares; es de esperarse que de una total compenetración entre los problemas administrativos y técnicos pueda cumplir con la función social que les está encomendada.

### VI.—ASPECTOS DEMOGRAFICO-SOCIALES DE LOS COMENSALES:

Con objeto de conocer algunas de las características demográficas, económicas y sociales de las personas asistentes a los Comedores Populares, se efectuó durante 14 días del mes de mayo de 1954, una encuesta entre los comensales. Se entrevistaron 793 personas de ambos sexos, de las cuales solo 13 se negaron en colaborar, quedando por consiguiente 780 fichas útiles.

Se efectuó la entrevista sin distinción de sexo ni edad. De los 780 sujetos, 522 eran del sexo masculino y 258 del femenino. Se reunieron las fichas según las edades, formándose cuatro (4) grandes grupos: a) menores de 15 años; b) adolescentes (de 15 a 19 años); c) adultos (de 20 a 49 años); y d) mayores de 49 años. Lógicamente el grupo más numeroso es el de los adultos que representa el 73.20 % del total de entrevistados.

#### C U A D R O N º 2

#### DISTRIBUCION DE LOS COMENSALES DE LOS COMEDORES POPULARES SEGUN LA EDAD Y EL SEXO

Grupos de Edades	Totales		Sexo	
	Cifras Absolutas	%	Varones	Mujeres
Niños menores de 15 años ..	13	1.67	12	1
Adolescentes (de 15 a 19 años)	151	19.36	94	57
Adultos (de 20 a 49 años) ..	571	73.20	379	192
Mayores de 49 años .. . . .	45	5.77	37	8
<b>TOTALES .. . . . .</b>	<b>780</b>	<b>100.00</b>	<b>522</b>	<b>258</b>

## INFORMACIONES SOCIALES

Según la profesión, ocupación u oficio, clasificamos las personas en ocho grupos, así: a) obreros con el 76.92%; b) empleados con el 8.85%; c) trabajando por su cuenta, que incluyen pequeños comerciantes, choferes con carro propio, etc., con el 8.85%; d) estudiantes de diversas ramas el 2.69%; e) amas de casas el 1.03%; f) jubilados el 0.13% por haberse presentado un sólo caso; g) cesantes en el momento de la encuesta el 1.15%; y h) un 0.38% formado de personas que no indicaron su profesión. Como puede observarse la población de los Comedores Populares, está formada en su mayoría por obreros de las diferentes ramas de la industria.

## CUADRO N.º 3

## DISTRIBUCION DE LOS COMENSALES DE LOS COMEDORES POPULARES SEGUN LA ACTIVIDAD ECONOMICA Y EL SEXO

Actividades Económicas	Totales		Sexo	
	Cifras Absolutas	%	Varones	Mujeres
Obreros . . . . .	600	76.92	364	236
Empleados . . . . .	69	8.85	66	3
Por su cuenta . . . . .	69	8.85	67	2
Estudiantes . . . . .	21	2.69	19	2
Amas de casa . . . . .	8	1.03	—	8
Jubilados . . . . .	1	0.13	1	—
Cesantes . . . . .	9	1.15	5	4
No indican . . . . .	3	0.38	—	3
<b>TOTALES . . . . .</b>	<b>780</b>	<b>100.00</b>	<b>522</b>	<b>258</b>

El grupo de varones adultos (de 20 a 49 años), se clasificó además de actividad económica, por el monto de sus ingresos mensuales. La menor remuneración estaba comprendida entre los 101 y 200 bolívares, con un 3.96%; mientras que con ingresos mayores de mil bolívares sólo encontramos 1.58%. La mayor frecuencia se encontró en el grupo entre los 401 y 500 bolívares, con un 27.44%; en el grupo comprendido entre los 301 y 400 bolívares encontramos un 21.37% y en el de los 501 a 600 bolívares un 21.11%. Sólo un 2.11% no quiso declarar el monto de sus sueldos o salarios. De los 379 varones adultos, 271 eran obreros, 47 empleados de comercio, oficinas públicas o privadas, 54 trabajaban por su cuenta, 5 estudiantes y sólo 2 cesantes.

## INFORMACIONES SOCIALES

## CUADRO N° 4

DISTRIBUCION DE LOS COMENSALES DE LOS COMEDORES POPULARES (VARONES ADULTOS DE 20 A 49 AÑOS) SEGUN EL TIPO DE ACTIVIDAD ECONOMICA Y LOS INGRESOS MENSUALES EN BOLIVARES.

		TOTALES									
Ingresos mensuales en bolivares		Cifras absolutas	%	Obre-ros	Em-plea-dos	Por su cuenta	Estu-dian-tes	Ce-san-tes			
Hasta	Bs. 100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
de Bs.	101 a „ 200	15	3.96	10	—	2	3	—	—	—	
„	„ 201 „ „ 300	44	11.61	32	7	5	—	—	—	—	
„	„ 301 „ „ 400	81	21.37	63	11	6	—	1	—	—	
„	„ 401 „ „ 500	104	27.44	79	11	14	—	—	—	—	
„	„ 501 „ „ 600	80	21.11	62	7	11	—	—	—	—	
„	„ 601 „ „ 700	9	2.37	7	2	—	—	—	—	—	
„	„ 701 „ „ 800	18	4.75	10	3	5	—	—	—	—	
„	„ 801 „ „ 900	10	2.64	3	2	5	—	—	—	—	
„	„ 901 „ „ 1000	4	1.06	3	1	—	—	—	—	—	
„	„ 1001 y más . . . . .	6	1.58	—	1	5	—	—	—	—	
No especifican . . . . .		8	2.11	2	2	1	2	1	—	—	
TOTALES . . . . .		379	100.00	271	47	54	5	2	—	—	

Según el lugar de nacimiento el 91.28% de los entrevistados eran nacidos en Venezuela, el 2.44% nacieron en países de América Latina y el 6.28% nacieron en países de Europa.

## CUADRO N° 5

DISTRIBUCION DE LOS COMENSALES DE LOS COMEDORES POPULARES SEGUN LA NACIONALIDAD

Nacionalidad	Total	%
Venezolanos . . . . .	712	91.28
Latinoamericanos . . . . .	19	2.44
Europeos . . . . .	49	6.28
TOTALES . . . . .	780	100.00

Algunos comensales almuerzan y cenan diariamente en los Comedores, mientras que otros sólo efectúan una de las dos comidas. El porcentaje mayor es el de los que sólo almuerzan, con un 70.26% y está

## INFORMACIONES SOCIALES

formado por personas que viven lejos del lugar del trabajo; el 16.92% cenaban solamente, mientras que el 12.82% efectuaban ambas comidas.

**C U A D R O N º 6**
**DISTRIBUCION DE LOS COMENSALES DE LOS COMEDORES POPULARES SEGUN EL TIPO DE COMIDAS DIARIAS QUE EFECTUAN**

Tipo de comida	Total	%
Almuerzo . . . . .	548	70.26
Cena . . . . .	132	16.92
Almuerzo y Cena . . . . .	100	12.82
<b>TOTALES . . . . .</b>	<b>780</b>	<b>100.00</b>

**VII.— LA ALIMENTACION EN LOS COMEDORES POPULARES:**

El menú consta de un plato de sopa (a base de verduras, principalmente); un plato de carne o pescado y dos porciones complementarias de granos, hortalizas, etc. Además una ración de pan, fruta y café. El vaso de leche que toman la mayor parte de los comensales, es pagado aparte, al precio de costo.

El valor nutritivo que ofrece el menú, varía entre 800 y 1,200 calorías; 30 a 40 gramos de proteínas y aproximadamente el 50% de las necesidades fisiológicas de minerales y vitaminas.

Hay pruebas evidentes de que los obreros que comen en los Comedores Populares o Industriales, tienen un mejor rendimiento en el trabajo de la tarde, que los obreros que se mantienen en horas del medio día con una alimentación deficiente a base de alguna empanada y bebida gaseosa. Una investigación acerca de este punto será emprendida próximamente por el Instituto Nacional de Nutrición.

La comida servida en los Comedores Populares se ajusta al sistema denominado de "Cafetería", es decir que el propio comensal recoge su bandeja del mostrador, llevándola a la mesa. Sin embargo una vez concluida la comida, un sirviente se encarga de recoger las bandejas vacías, con los desperdicios.

En algunos lugares de la República se encontró alguna resistencia a seguir el método de "Cafetería", pero tras una pequeña labor educativa, pronto se consiguió imponer el sistema, el cual proporciona alguna economía en los gastos de sostenimiento del comedor.

**VIII.—ALGUNOS PROBLEMAS EN LA ORGANIZACION DE COMEDORES POPULARES:**

Parece conveniente en un trabajo informativo de esta naturaleza, expner, además de los aspectos positivos de la alimentación ofrecida a los obreros en los Comedores Populares, aquellos problemas que se confrontan en la organización de los mismos. Señalaremos a continuación, severamente, algunos de estos problemas:

## INFORMACIONES SOCIALES

a) **La ubicación:**

Constituye, a nuestro juicio, uno de los aspectos más importantes. Un Comedor Popular situado en una zona de habitación obrera puede ocasionar serios perjuicios a la colectividad familiar, si el obrero, en lugar de comer en compañía de su familia, busca en el Comedor un refugio cómodo de comer barato, favoreciendo de este modo el desajuste moral familiar. Otra cosa distinta es si un miembro de la familia acude al Comedor a obtener las "viandas" para ser llevadas a casa y ser consumida por toda la familia. Este recurso es útil en los casos en que tanto el hombre como la mujer trabajan fuera del hogar, siendo prácticamente imposible preparar la comida familiar de manera adecuada. La asistencia al Comedor de todas o la mayor parte de la familia, no es habitual en Venezuela.

Las objeciones que en algunos países se han hecho a los Comedores Populares están basados precisamente en el punto señalado más arriba, a saber: que desvinculan la familia. Sin embargo, el Comedor Popular que suministre viandas para ser consumidas a domicilio eliminan este riesgo.

Lo que es inobjetable es el Comedor ubicado en una zona industrial, a donde el obrero acude a comer en virtud del poco tiempo de que dispone para ir a su casa en el medio día. En este caso, la comida del Comedor Popular sustituye a la que el obrero debería obtener en su propio hogar, y le permite, sin apenas movilizarse, satisfacer las necesidades nutritivas que le permiten continuar la jornada de trabajo.

Es así como está concebido el programa de Comedores Populares en Venezuela. No obstante, fuerza es reconocer, no siempre ha sido posible encajar un Comedor Popular en un Centro equidistante de una zona industria, pero siempre se ha tratado de alcanzar este objetivo, sacrificando a veces ofrecimientos de terrenos o de locales para la organización de un Comedor Popular.

Cuando el Comedor Popular está ubicado en un lugar algo alejado de la zona o zonas industriales, se organizan transportes que envían la comida preparada, en termos especiales, hasta las propias industrias que disponen de comedor para sus obreros. Actualmente se atienden de este modo más de 60 industrias en el país, son estos los llamados Comedores Industriales y en ellos comen sólo los obreros de esa industria, diferenciándose por esto de los Populares en los cuales come indiscriminadamente cualquier persona.

b) **La higiene de los locales:**

Salvo en los locales muy nuevos, administrados por personal competente, la higiene de los Comedores Populares ofrecen serias dificultades. Bien sea por el abandono propio de los obreros, descuidados en mantener aseado el piso, bien por la rapidez con que es necesario preparar la comida en la cocina, a veces en cantidades que sobrepasan el cupo normal, bien por la incapacidad del personal, el hecho cierto es que la limpieza del Comedor Popular constituye con frecuencia un verdadero problema.

## INFORMACIONES SOCIALES

El Instituto Nacional de Nutrición realiza verdaderos esfuerzos a fin de lograr la máxima limpieza y una organización capaz de presentar la comida en las mayores condiciones higiénicas posibles.

c) **El personal:**

Lograr un personal capacitado constituye la mayor garantía para la administración de los Comedores Populares. El Instituto Nacional de Nutrición ha organizado cursos a tal fin y de ellos se ha obtenido personal que cumplen a cabalidad su función. Son necesarios muchos fracasos antes de obtener personas verdaderamente capaces y que al mismo tiempo sean honradas.

En cuanto al personal propiamente de cocina se seleccionan entre aquellos, que dentro de la posición que ocupan, presentan mejores condiciones de preparación y disciplina.

El Certificado de Salud, es obligatorio para todo el personal que trabaja en los Comedores Populares e Industriales. Este Certificado es renovado anualmente y comprende: kahan, radioscopia, examen de exudado faríngeo, examen físico de la piel y coprocultivo.

# Boletín Institucional

## NOMBRAMIENTO DEL DR. EDGARDO REBAGLIATI COMO ASESOR TECNICO

El Consejo Directivo de la Caja, en su reunión celebrada el 20 de enero, designó Asesor Técnico de la Caja Nacional de Seguro Social al Dr. Edgardo Rebagliati.

Consecuentemente con el nombramiento, se dió por terminada la licencia que le fuera concedida en abril de 1953, fecha en que se hizo cargo de la Embajada Peruana en México, y posteriormente en Uruguay.

Conocida la profunda versación del Dr. Rebagliati, verdadero creador y propulsor del Seguro Social Obrero en el Perú, se descuenta su fecunda participación en provecho de la Institución y sus asegurados.

## PRESTAMOS A LAS BENEFICIENCIAS DE PISCO Y BARRANCA.

El Consejo Directivo de la Caja, en su reunión anteriormente citada, acordó conceder a la Beneficencia Pública de Pisco con la que mantiene servicios coordinados, la suma de S/. 100,000.00, en concepto de adelanto de estancias hospitalarias.

Sancionó, asimismo, un préstamo de S/. 25,000.00 solicitado por la Sociedad de Beneficencia Pública de Barranca.

## PRESUPUESTO DE LOS HOSPITALES PARA 1955

En la misma sesión, el Consejo prestó su aprobación al proyecto de presupuesto para 1955, presentado por la Superintendencia General de Hospitales, y cuyo monto asciende a S/. 103'828,580.52.

La siguiente es la distribución de partidas del indicado documento:

Personal . . . . .	S/.	37'743,632.52
Materiales . . . . .	,,	25'557,480.00
Servicios . . . . .	,,	6'054,576.00
Subsidios . . . . .	,,	32'191,800.00
Impuestos . . . . .	,,	45,600.00
Fondo Pensiones, Seguro Obrero y del Empleado	,,	2'213,892.00
Biblioteca . . . . .	,,	21,600.00
<b>Total . . . . .</b>	<b>S/.</b>	<b>103'828,580.52</b>

## PRESUPUESTO DE GASTOS ADMINISTRATIVOS

Los datos que a continuación se reseñan, corresponden al Presupuesto Administrativo de la Caja — Oficina Matriz y dependencias administrativas regionales aprobado por el Consejo Directivo en su Reunión de 10 de marzo del año en curso:

Personal . . . . .	S/.	8'551,840.00
Servicios . . . . .	,,	742,460.00
Materiales . . . . .	,,	762,500.00
Conservación y Repuestos . . . . .	,,	185,265.19
Gastos Viajes y Movilidad . . . . .	,,	250,000.00
Comisiones . . . . .	,,	738,500.00
Canje de Libretas . . . . .	,,	124,000.00
Previsión y Asistencia Social . . . . .	,,	587,366.40
Diversos . . . . .	,,	58,068.41
		<hr/>
Total General . . . . .	S/.	12'000,000.00

## INVERSION DE RESERVAS

El Consejo Directivo de la Caja, en cumplimiento de las prescripciones de los artículos 19 de la Ley 8433 y 14 de la 8509, referentes a la inversión de las reservas técnicas y libres de la Institución, en las más eficientes condiciones de garantía y rentabilidad, acordó la construcción de dos edificios de departamentos, similares a los que están en construcción en terrenos de la Caja situados en la Av. 28 de Julio de esta ciudad, contiguos al Hospital Obrero de Lima.

## XI PROMOCION DE ENFERMERAS DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

Con asistencia del señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, doctor Armando Montes de Peralta, tuvo lugar el día 4 de marzo del corriente año, la ceremonia de graduación y entrega de diplomas a las señoritas enfermeras integrantes de la Promoción "Ernesto Raffo". Esta nueva Promoción de 23 profesionales, egresa después de 3 años de estudios académicos intensivos, habiendo acordado vincular su nombre al del distinguido médico peruano doctor Ernesto Raffo.

Iniciada la ceremonia el doctor Guillermo Almenara, Superintendente General de Hospitales de la Caja, dió lectura a un importante discurso, en el que señaló la trayectoria de la Escuela de Enfermeras de la Institución, remarcando las principales actividades realizadas durante el año académico. Hizo mención a la importancia de la práctica médica y social de las alumnas; a la coordinación con los hospitales públicos, Centros de Medicina Preventiva, Salud Pública y en general, a la colaboración con otras instituciones como la Liga de Lucha contra el Cáncer, asociaciones de enfermeras, etc.

## INFORMACIONES SOCIALES

A continuación, la señorita Alicia Iparraguirre integrante de dicha Promoción, pronunció sencillas y emotivas palabras de despedida, agradeciendo a las altas autoridades de la Institución las facilidades proporcionadas durante el ciclo de estudios.

Dando término a la ceremonia, el señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Presidente del Consejo Directivo de la Caja, doctor Armando Montes de Peralta, felicitó a las señoritas Enfermeras de la Promoción "Ernesto Raffo", alentándolas en la honrosa y abnegada labor elegida.

**PRESTAMOS ACORDADOS POR EL FONDO DE EMPLEADOS**

Continúa desarrollando su importante sistema de préstamos el Fondo de Empleados de la Institución, favoreciendo a los numerosos servidores que laboran en las distintas oficinas, nosocomios y dependencias de la Caja Nacional de Seguro Social Obrero. En su generalidad, los préstamos son asignados para la adquisición, terminación, ampliación y construcción de viviendas propias, habiéndose señalado en el Reglamento respectivo, las condiciones o requisitos que los interesados deben reunir previamente, para la obtención de los mencionados préstamos.

A continuación, publicamos la nómina de los servidores favorecidos en las fechas que se señalan, así como los montos asignados en cada caso:

**SESION DE 14 DE OCTUBRE DE 1954**

	Nombre del Empleado	Monto asignado
Srta.	Julia Cánepa Vera . . . . .	S/. 49,000.00
Sr.	Julio E. Cáceres (ampliación) . . . . .	" 5,000.00
"	Joaquín Bravo P. (ampliación) . . . . .	" 12,000.00
"	Eduardo Berríos B. . . . .	" 53,321.75
"	Julio Candela P. . . . .	" 70,000.00
"	Carlos del Carpio B. . . . .	" 64,735.27
"	Carlos Bustamante R. . . . .	" 153,829.96
"	Carlos Chau (ampliación) . . . . .	" 13,350.00
Srta.	Susana Chau (ampliación) . . . . .	" 13,350.00
Sr.	René Gastelumendi V. . . . .	" 61,881.89
"	Moisés Goyeneche V. . . . .	" 30,000.00
"	Guillermo Iturri . . . . .	" 86,000.00
"	Enrique Larrañaga G. . . . .	" 65,000.00
"	Oscar Lazarte A. . . . .	" 58,977.34
"	Julio Napanga U. . . . .	" 144,062.81
"	Arcadio Orrego S. . . . .	" 15,000.00
Sr.	José Radich T. . . . .	" 55,000.00
"	Orlando Repetto M. . . . .	" 59,497.42
"	Moisés Reyes R. . . . .	" 35,000.00
Dr.	Emilio Salas (ampliación) . . . . .	" 12,700.00
Sr.	Francisco Safra V. . . . .	" 200,000.00
"	Alberto Tejada B. . . . .	" 38,902.16
Srta.	Carmen Zúñiga (ampliación) . . . . .	" 9,318.23
Dr.	Oscar Guillén Cárdenas . . . . .	" 88,675.70



Última promoción de Enfermeras de la C. N. de S. S., graduada el día 4 de marzo de 1955.

## INFORMACIONES SOCIALES

## SESION DE 25 DE ENERO DE 1955

Sr. Jacinto Ramírez Sica . . . . .	S/.	71,731.36
„ José Villa Colichón . . . . .	„	82,381.04
Srta. Luz Loayza Quijano . . . . .	„	38,000.00
Sr. Juan Hinojosa Medina . . . . .	„	22,600.00
„ Carlos Lara Amaut . . . . .	„	63,346.03
„ Pompeyo Zelaya León . . . . .	„	20,000.00
„ Eulogio Pimentel H. (ampliación) . . . . .	„	3,000.00
„ Antonio de Loayza C. . . . .	„	45,871.26
„ Juan Mendizábal Rivera . . . . .	„	65,000.00
Dr. Erasmo Obreros Vergara . . . . .	„	80,716.78
Sr. Oscar Vargas Tirado . . . . .	„	76,556.12
Dr. Alberto Lepage Ríos . . . . .	„	168,000.00
Srta. Renée Torres Bregante . . . . .	„	29,000.00
Sr. José Amaya Romayna . . . . .	„	49,138.21
„ Maximiliano Salcedo A. . . . .	„	25,000.00
„ Pedro Popovich Arce . . . . .	„	61,190.00
Srta. María Quesada Sánchez . . . . .	„	30,000.00
Sr. Juan José Cavero Olarte . . . . .	„	66,362.51
„ Vicente Cafiero (ampliación) . . . . .	„	15,000.00
Dr. Edmundo Pérez Villareal . . . . .	„	88,788.46
Sr. Roberto Paz Bello . . . . .	„	28,000.00
Srta. Rosa Briceño Marquina . . . . .	„	23,570.13
Sra. Sara Daneri Vda. de Omonte . . . . .	„	26,257.53
Dr. Miguel Botto Elmore . . . . .	„	70,000.00
Sr. Agustín Huamán . . . . .	„	30,000.00
Sra. Natalia Alvarez Vega . . . . .	„	24,952.30
Dr. Darío Gutiérrez Ruiz . . . . .	„	109,163.03
Sr. Emilio Campos Vilcatuma . . . . .	„	39,000.00
Dr. Carlos Neuenschwander L. . . . .	„	88,741.03
Sr. Andrés Oropesa (ampliación) . . . . .	„	4,000.00
Sra. Amparo Concha de Carbajal . . . . .	„	41,190.00
Sr. Víctor Meza Valero (ampliación) . . . . .	„	8,000.00
„ Manuel Rivera Z. (ampliación) . . . . .	„	10,600.00
Srta. Clemencia Castillo Palomino . . . . .	„	32,765.19
Sr. Luis Ramos R. . . . .	„	78,948.50
Dr. Uldarico Gonzales (ampliación) . . . . .	„	43,318.35
„ Carlos Peschiera Carrillo . . . . .	„	94,738.20
Sr. José Manhego Espinoza . . . . .	„	77,804.00
„ Nicanor Zavala Gonzales . . . . .	„	38,000.00
Srta. Susana Salazar V. . . . .	„	27,415.83
Sr. Jorge Rebaza P. (ampliación) . . . . .	„	10,300.00
„ Rómulo Fernández M. . . . .	„	66,362.51
Dr. Juan Aita Valle . . . . .	„	147,640.14
Sr. Pedro Lazo C. (ampliación) . . . . .	„	2,000.00
„ Alejandro Barrantes (ampliación) . . . . .	„	9,877.44
„ Jorge Aubry Bravo . . . . .	„	250,000.00
Dr. Edgardo Rebagliati (ampliación) . . . . .	„	80,000.00
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>S/.</b>	<b>3°958,928.48</b>

## INFORMACIONES SOCIALES

### MOVIMIENTO DE AFILIADOS

Proporcionados por el Departamento de Afiliados de la Oficina Matriz, insertamos a continuación dos cuadros demostrativos del movimiento de asegurados en el año 1954 y primer trimestre de 1955.

Del primero se desprende que durante el año 1954 se produjeron 59,931 nuevas inscripciones, fueron canjeadas 311,566 libretas y reingresaron como asegurados activos 11,546.

Igualmente en dicho período, se inscribieron en el seguro facultativo 59 asegurados mayores de 60 años y 25 domésticos del servicio particular y se reinscribieron 69 inválidos recuperados. Asimismo, fueron canceladas las inscripciones de 839 fallecidos, 148 declarados inválidos y 1,008 por llegar a la edad límite (60 años). El total de asegurados activos ascendió a 381,201.

El segundo cuadro, tiende a establecer diversas comparaciones entre el año 1954 y primer trimestre de 1955.

Así se precisa el número de libretas canjeadas en los tres primeros meses en cada zona, frente al número de asegurados activos existente en 1954 en cada una de ellas, señalándose el porcentaje respectivo.

También permite establecer una confrontación entre los canjes del 54 y 55 en los tres primeros meses de cada año, señalándose los aumentos y disminuciones en cada zona, precisándose, que en el período correspondiente al año en curso, se canjearon 1,271 libretas más, que en el primer trimestre de 1954.

### MOVIMIENTO DE ASEGURADOS DURANTE EL AÑO 1954

Zona	N. I.	Canje	Reing.	F. M.	F. D.	I. R.	Fall.	Inv.	L. E.	Total Activos
Lima . . . . .	28,358	150,809	5,919	32	24	58	368	117	491	184,224
Piura . . . . .	1,390	8,119	247			1	12	2	1	9,742
Chiclayo . . . . .	4,102	28,148	471	6		1	111	1	128	32,483
Chocope . . . . .	1,825	13,570	198	1		2	43	7	65	15,481
Trujillo . . . . .	1,684	7,558	337				21	1		9,557
Chancay . . . . .	4,552	21,633	1,018	3	1	2	75	4	101	27,029
Yauli . . . . .	6,452	12,663	714				13		1	19,815
Cañete . . . . .	1,806	11,636	403	2		1	14		22	13,812
Callao . . . . .	2,322	13,726	618	3		2	63	5	74	16,529
Chincha . . . . .	1,120	9,003	315	5			19	1	16	10,407
Ica . . . . .	1,567	13,140	523	6			37	3	46	15,150
Pisco . . . . .	926	6,389	223	1		1	19	2	22	7,497
Arequipa . . . . .	3,827	15,172	560			1	44	5	41	19,470
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>59,931</b>	<b>311,566</b>	<b>11,546</b>	<b>59</b>	<b>25</b>	<b>69</b>	<b>839</b>	<b>148</b>	<b>1,008</b>	<b>381,201</b>

N. I. = Nuevas Inscripciones

Reing. = Reingresos

F. M. = Facultativos mayores de 60 años

F. D. = Facultativos Domésticos

Fall. = Fallecidos

Inv. = Inválidos

L. E. — Limite de Edad

## INFORMACIONES SOCIALES

## CANJE 1955

Relación con los Asg. Act. de 1954 Relac. 1er. trimes. 54-55					
Zona	1	2	3	4	5
Lima . . . . .	184,224	130,345	70.75 %	127,156	3,189
Piura . . . . .	9,742	6,352	65.20 %	6,589	237
Chiclayo . . . . .	32,488	23,954	73.73 %	23,626	328
Chocope . . . . .	15,481	13,300	85.91 %	11,649	1,651
Trujillo . . . . .	9,557	7,254	75.90 %	6,867	387
Chancay . . . . .	27,029	20,285	75.05 %	19,231	1,054
Yauli . . . . .	19,815	11,690	59.00 %	14,858	3,168
Cañete . . . . .	13,812	11,061	80.08 %	10,850	211
Callao . . . . .	16,529	11,936	72.21 %	11,835	101
Chincha . . . . .	10,407	8,254	79.31 %	8,268	14
Ica . . . . .	15,150	10,361	68.39 %	11,274	913
Pisco . . . . .	7,497	5,227	69.72 %	5,428	201
Arequipa . . . . .	19,470	12,220	62.76 %	13,337	1,117
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>381,201</b>	<b>272,239</b>		<b>270,968</b>	<b>1,271</b>

Clave: 1 — Asegurados activos en 1954.

” 2 — Total de Libretas canjeadas en el primer trimestre de 1955.

” 3 — Porcentaje de libretas canjeadas con relación a las libretas otorgadas en 1954.

” 4 — Total de libretas canjeadas en el primer trimestre de 1954.

” 5 — Diferencia de los canjes 1954-1955. En la primera columna está anotado el aumento, y en la segunda la disminución. En el Total, se nota un aumento de 1271 libretas.

# Información Nacional

## REUNION TECNICA SOBRE LA UTILIZACION DE LA MANO DE OBRA FEMENINA EN LOS PAISES DE AMERICA LATINA.

Convocada por la Organización Internacional del Trabajo y bajo los auspicios del Gobierno Peruano, se realizó en Lima, entre el 6 y 17 de diciembre último, la Reunión del epígrafe, con la finalidad de obtener amplia información sobre la situación real de la mujer que trabaja en los países latinoamericanos, propender a su mejoramiento y elevar sus condiciones de existencia, procurándose, al mismo tiempo, encontrar los medios más adecuados para impartirles conocimientos de acuerdo con los puntos contemplados en el siguiente temario:

- 1º—Orientación y Formación Profesional de las Mujeres en América Latina.
- 2º—Servicio de Empleo para las Mujeres en América Latina.
- 3º—Problemas de la Legislación de Trabajo, concernientes a la Mano de Obra Femenina en los países de América Latina.

**Delegación Peruana.**—Por Resolución Suprema N° 540, de 25 de noviembre fué nominada la siguiente Delegación, que representó al Perú en la Reunión Técnica sobre Utilización de la Mano de Obra Femenina: señorita María Josefa Pizarro, Jefe del Departamento de Mujeres y Menores del Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas; señorita María Rosario Araoz, Directora de la Escuela del Servicio Social; señorita Graciela Valderrama, Directora del Instituto Especial de Mujeres N° 1 de Lima; señorita Martha Bringas, Secretaria de la Asociación de Asistentes Sociales, Asesores Técnicos: señor Alberto Insúa, Jefe del Servicio Nacional del Empleo y doctor César Carrillo Salinas, Abogado Informante de la Dirección General de Trabajo.

Posteriormente y siendo necesario complementar esta Delegación, de acuerdo con las materias y demás asuntos a tratarse en la citada Reunión, se dictó por el Ministerio de Trabajo una Resolución Ministerial, de 2 de diciembre de 1954, designando las siguientes nuevas personas: **Como Observadores:** señorita Gladys Molloy, Jefe del Servicio Social Familiar de la Central de Asistencia Social; señorita Matilde Schroder Mendoza, Presidente de la Unión de Obras de Asistencia Social; señorita Angélica Roncal Peralta, Jefe del Departamento de Nutrición del Servicio

## INFORMACIONES SOCIALES

Cooperativo Interamericano de Productos Alimenticios; señorita Carmela Vinatea, Jefe del Departamento Sicopedagógico del Ministerio de Educación Pública; doctora Elsa Salazar, Asesor del Departamento de Normas Legales de la Dirección General de Trabajo; señorita Isabel Taboada V., Asistente Social del Departamento de Mujeres y Menores de la Dirección General de Trabajo; señorita Carmen Marcos G., Asistente Social del Departamento de Mujeres y Menores de la Dirección General de Trabajo; doctora Sara Sánchez de Vega Pozo, Funcionario de la Dirección General de Asuntos Indígenas; señorita Violeta Merck, Directora de la Gran Unidad Escolar "Mercedes Cabello"; señorita Francisca Palacios, Directora de Estudios del Colegio Nacional "Miguel Grau"; señorita Nelly Festini, Presidente de la Asociación de Egresados de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y señorita Lily de Traverso; **Como Asesores Técnicos:** doctor Aquiles Guerra y doctor Pedro Calosi Razzetto, Sub-Jefe del Departamento de Estudios Sociales y Económicos de la Caja Nacional de Seguro Social Obrero.

**Delegaciones Extranjeras.**—La siguiente es la relación oficial de los señores delegados extranjeros concurrentes a esta Reunión: Secretaria General, Sra. Ana Figueroa, Representante del Director General de la O. I. T.; Expertos: Sr. André Aboughanen, Sra. Eliane Brunn y Sr. Fernand Demoulin. Sr. Hugo Nueseh (Argentina); Sr. Emilio López Salamanca, Director del Departamento Técnico del Ministerio de Trabajo y Previsión Social (Bolivia); Srta. Elisa Lispector, Oficial Administrativo del Ministerio de Trabajo, Industrias y Comercio (Brasil); Sra. Carmen de Villalobos, (Colombia); Sr. Marco Antonio Briceño Mendoza, Jefe del Departamento de Empleos del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, (Costa Rica); Sra. Leonor Ferreyra Borja, Jefe de la Oficina Nacional del Trabajo de las Mujeres y Menores del Ministerio del Trabajo, (Cuba); Srta. Felisa González Peña Jefe de la Sección Trabajo Femenino de Menores y a Domicilio del Ministerio del Trabajo, (Chile); Srta. Marina Frats Nieto, Jefe de la Sección del Trabajo de las Mujeres y Menores, Seguridad e Higiene Industrial de la Secretaría de Estado de Trabajo, (República Dominicana); Srta. Piedad Larrea Borja, Directora del Liceo Técnico "Fernández Madrid", (Ecuador); Sr. Manuel Villacorta Vielman Sub-Secretario de Trabajo del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, (Guatemala); Srta. Leenie Williams Víctor, Jefe de la Sección del Trabajo de Mujeres y Menores del Ministerio del Trabajo, (Haití); Srta. Gudelia Gómez Rodríguez, Jefe de la Oficina de Trabajo de Mujeres y Menores del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, (México); Sra. Rosario Oller de Sarasqueta, Abogado Juez Suplente de Trabajo del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, (Panamá); Dr. Alberto Morales Rodríguez, Sub-Director de Previsión Social del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, (El Salvador); Sra. Blanca Becerra Muñoz, Supervisora del Instituto Nacional del Trabajo del Ministerio de Industrias y Trabajo, (Venezuela); Sra. Carlota Machado de Guardia, Jefe del Servicio de Inspección del Trabajo de la Mujer y Menores del Ministerio de Trabajo, (Venezuela); y Delegado Observador, señor César

## INFORMACIONES SOCIALES

Cisneros y Cisneros, Especialista de la División de Trabajo, Migración y Seguridad Social de la Unión Panamericana (O. E. A.).

**La reunión inaugural**, se realizó el día 6 de diciembre en el auditorio de la Gran Unidad Escolar "Mercedes Cabello", y estuvo presidida por el señor Ministro de Trabajo y Asuntos Indígenas, doctor Víctor A. Casagrandi; ocupando también el estrado de honor la señora Ana Figueroa, Representante del Director General de la O. I. T., el doctor Edwin Lets, en representación del señor Ministro de Relaciones Exteriores, el doctor César Cisneros, Representante de la Organización de Estados Americanos (OEA); el señor Alberto Lagnado, Director del Centro de Acción para América Latina de la O. I. T., la señorita Josefa Pizarro, Presidente de la Delegación Peruana a esta Reunión y el Comandante Carlos Texeira, Director de Educación Técnica en representación del señor Ministro de Educación Pública del Perú.

Inició la Sesión, el señor Ministro de Trabajo, doctor Víctor A. Casagrandi, quien dió la bienvenida a los delegados de los 17 países latinoamericanos, haciendo votos por el éxito del certamen y declarando inaugurada la Reunión de Expertos. A continuación, la señora Ana Figueroa, Secretaria General, se refirió ampliamente a las finalidades de la Reunión, expresando que uno de los objetos fundamentales era mejorar las condiciones de vida y trabajo a fin de lograr una vida compatible con los derechos de la mujer, para establecer en el seno de la sociedad, una paz universal y permanente, lograda a base de la justicia social y de la felicidad individual.

Durante las sucesivas sesiones se siguió el siguiente procedimiento: un experto de la O. I. T. hacía una exposición general sobre cada punto de la agenda y luego los delegados informaban sobre la situación imperante en sus respectivos países, proponiendo diversas sugerencias sobre los métodos de acción tendentes a resolver los problemas de la mano de obra femenina.

Se hizo hincapié en los factores predominantes en los países latinoamericanos, señalándose los siguientes: a) falta de coordinación de los servicios estatales, b) abundancia de mano de obra no calificada, d) falta de relación entre los tipos de formación profesional existentes y las demandas de trabajo; e) escasas y diversas disposiciones legales, que regulan el aprendizaje femenino.

Ocupó lugar de importancia, en las discusiones de la Reunión, el problema de la orientación y formación profesional, desarrollándose interesantes ponencias y trabajos, expresándose la generosa y decidida colaboración de la Organización Internacional del Trabajo, que por intermedio de sus expertos, viene realizando en Latinoamérica.

Debe remarcarse también la intervención de la señora Ana Figueroa, Secretaria General del certamen y Representante del Director General de la O. I. T., quién expuso en magnífica relación "Los Problemas de Legislación del Trabajo relativos a la mujer trabajadora de América Latina," correspondiente al punto tercero y último de la agenda, comprendiendo los siguientes capítulos: 1º. Salud y Bienestar; 2º. Remuneración, 3º. Trabajo a domicilio, 4º. Aplicación de las disposiciones Legales; y 5º.

## INFORMACIONES SOCIALES

Necesidad de realizar una política que comprenda todos los aspectos del trabajo femenino.

### CONCLUSIONES

La Reunión Técnica, después de haber deliberado ampliamente sobre los tres puntos del temario, aprobó las conclusiones, que en síntesis, a continuación se reproducen:

**Conclusiones Generales.**—La necesidad de realizar investigaciones sobre el volumen, estructura y consideraciones de empleo de la mano de obra femenina, para determinar la situación de la mujer en el mercado de trabajo, y estudiar la adopción de medidas tendentes a mejorar su utilización, cumpliéndose dos requisitos: atender las necesidades de la mujer trabajadora y equiparar su posición con la del hombre, en el mercado de trabajo.

Realizar campañas sistemáticas de divulgación sobre la conveniencia de distribuir racionalmente las disponibilidades de mano de obra, destacando la importancia de la contribución de la mujer trabajadora.

Es conveniente diversificar las oportunidades de empleo de la mujer, y fomentarlas en las nuevas industrias o en las que se encuentran en vías de expansión.

Precisa la creación de un organismo coordinador, encargado de la formación y aplicación de una política única e integral en materia de empleo de la mano de obra femenina.

**Conclusiones sobre servicio de empleo.**—Sugiere la creación o la ampliación de los servicios nacionales de empleo responsables de los problemas de mano de obra, cumpliendo las siguientes funciones; a) promover investigaciones sobre los recursos de mano de obra femenina y masculina; las necesidades presentes y futuras, el sub-empleo y el desempleo, condiciones, clasificación y análisis de ocupaciones; b) coordinar la acción de los organismos públicos y privados para obtener una mayor y mejor utilización de la mano de obra, en particular de la femenina, en el presente y en el futuro; c) fijar normas de funcionamiento y coordinar la actividad de las agencias de colocación públicas o privadas; d) informar a empleadores y trabajadores sobre la situación y tendencias del mercado de trabajo; e) facilitar la colocación de toda clase de trabajadores, especialmente de las mujeres y jóvenes que ingresan al mercado de trabajo, mediante orientación y selección profesional apropiada; f) adoptar medidas conducentes a organizar el mercado del empleo en empresas determinadas, predominantemente desempeñadas por mujeres..

En las comisiones consultivas del servicio de empleo, integradas por delegados de empleadores y trabajadores, deberán tener representación las mujeres.

La realización de encuestas e investigaciones sobre servicio de empleo, debe ceñirse a las normas mínimas adoptadas internacionalmente y si es posible con la asistencia técnica de la O. I. T.

## INFORMACIONES SOCIALES

Es aconsejable la cooperación del servicio social para la resolución de los problemas de colocación de los trabajadores inmigrantes o que se desplazan dentro del país.

**Conclusiones sobre orientación y formación profesional.**—Debe considerarse la orientación y formación profesional de la mujer como parte de un plan general de capacitación de la mano de obra.

Debe prestarse atención especial para que la orientación y formación profesional de la mujer alcance el mismo nivel que la del hombre.

Sugiere el establecimiento de un plan completo de orientación y formación profesional de la mano de obra, que comprenda: a) la creación de un organismo superior que estudie y coordine constantemente la orientación y formación profesional, de acuerdo con las tendencias del desarrollo económico y las necesidades del mercado del trabajo; b) la adopción de un programa de orientación profesional, fundamentada en las observaciones del niño en su etapa escolar; c) la creación de un sistema de cursos prevocacionales que preparen y orienten al niño hacia la enseñanza industrial o aprendizaje que mejor corresponda a sus aptitudes; d) la organización y ampliación de servicios de orientación profesional que ayuden eficazmente, al término de los estudios, a la elección de profesión o del tipo de formación; e) el desarrollo y armonización de sistemas de formación profesional, en función a las necesidades económicas y las posibilidades del mercado del empleo, accesibles a los hombres y mujeres; f) la reglamentación y organización del aprendizaje, evitando la explotación de los jóvenes y procurando su real capacitación profesional cultural y social.

**Conclusiones sobre la legislación del trabajo.**—La conveniencia de un examen periódico de la legislación de trabajo femenino, conjugando sus fines a las reales necesidades actuales, en especial de: a) la protección a la maternidad y seguridad social; b) asistencia social, consolidación familiar y protección a la infancia y juventud.

Acordar prioridad: a) a la integración de las prestaciones de maternidad en la seguridad social y cuando ello no fuera posible, se aconseja la creación de cajas de compensación que financien estas prestaciones; y b) el establecimiento de una red de centros materno-infantiles, salas-cunas, guarderías de niños, etc.

Sería necesaria la revisión del concepto sobre trabajo nocturno de la mujer y su empleo en ocupaciones consideradas peligrosas (en el sentido de evitar la discriminación sobre mano de obra femenina).

Es necesaria la incorporación del principio de igualdad de remuneración de la mano de obra masculina y femenina.

La aplicación del principio del salario mínimo en todas las actividades y categorías profesionales en que esté empleada la mujer.

Adoptar medidas de protección y defensa de los trabajadores industriales a domicilio, para impedir su explotación, procurando su abolición, cuando las condiciones económicas y sociales de cada país le permitan.

El fomento del cooperativismo como medida tendente a la liberación económica de los trabajadores industriales a domicilio.

## INFORMACIONES SOCIALES

Tomándose en consideración las investigaciones y trabajos de los diferentes organismos, es conveniente fomentar las artesanías de las diversas regiones, cuando sea aconsejable, dentro de la economía general del país.

Los departamentos de inspección de trabajo de la mujer, deberían ser dirigidos e integrados por personal femenino capacitado técnicamente, de acuerdo con las normas establecidas por el Convenio N.º. 81 de la O. I. T.; recibiendo las asistentes sociales, información científica sobre los problemas relativos a las condiciones de trabajo.

Que los servicios sociales que actúan en las empresas, atiendan los problemas especiales planteados por la adaptación de la mujer al medio que trabaja.

La formación y aplicación de una política integral en todos los problemas relativos a la mano de obra femenina, estableciéndose las disposiciones legislativas o administrativas que permitan llevar a la práctica tal política.

**Conclusiones sobre asistencia técnica.**—Debe prestarse adecuada atención a los problemas de mano de obra femenina, en el planeamiento y ejecución del programa de asistencia técnica.

Que además de las formas corrientes de asistencia técnica de la O. I. T., se utilicen otros servicios como suministro de documentación, observaciones sobre anteproyectos de disposiciones legales o planes de organización técnica administrativa.

En la ejecución de proyectos de asistencia técnica deberían considerarse los problemas relativos a la utilización de la mano de obra femenina, y cuando fuera posible, se establezca la coordinación de los organismos especializados y órganos intergubernamentales interesados.

Recomendar a los gobiernos de los países latinoamericanos, la contribución del apoyo necesario a los organismos internacionales, para que éstos puedan cumplir íntegramente las funciones para los que fueran creados.

## CONVENIO ENTRE EL PERU Y LOS ESTADOS UNIDOS PARA LA CREACION DEL SERVICIO COOPERATIVO DEL EMPLEO.

El día 5 de enero del año en curso, en el Ministerio de Relaciones Exteriores, tuvo lugar la firma del Convenio destinado a la creación del Servicio Cooperativo del Empleo, dentro del Programa de Cooperación Técnica, entre el Perú y los Estados Unidos de Norte América.

Rubricaron dicho instrumento, por parte del Gobierno Peruano, el señor Ministro de Relaciones Exteriores, doctor David Aguilar Cornejo y el señor Ministro de Trabajo y Asuntos Indígenas, doctor Víctor Casagrandi, gestor del Convenio en referencia; y en nombre del Gobierno de Estados Unidos, el Encargado de Negocios de ese país, señor Eugene Gilmore y el Director de la Misión en el Perú de la Administración de operaciones en el Exterior, señor John R. Neale.

## INFORMACIONES SOCIALES

El Servicio Cooperativo del Empleo reemplazará, ampliando sus funciones, al Servicio Nacional del Empleo, que fué creado en virtud de un Convenio con la Organización Internacional del Trabajo y que ha realizado hasta la fecha, una importante labor en la capital de la República. Siendo necesario extender sus funciones y servicios a las principales zonas del país, el doctor Víctor Casagrandi gestionó y obtuvo ante el Gobierno de los Estados Unidos, su cooperación técnica y económica dentro del Punto Cuarto, que se ha cristalizado con la creación del Servicio Cooperativo del Empleo.

Las finalidades del Convenio recientemente suscrito son las siguientes:

1º—Facilitar el desarrollo de un servicio público gratuito del empleo mediante la cooperación de los dos gobiernos (Perú y Estados Unidos), a fin de promover el desarrollo económico del Perú, ofreciendo a empleadores y presuntos empleados un centro de contacto neutral que satisfaga sus intereses y aspiraciones.

2º—Estimular e incrementar, entre el Perú y los Estados Unidos, el intercambio de conocimientos, prácticas y técnicas, dentro de las actividades del Servicio del Empleo, fomentando y fortaleciendo la comprensión y la buena voluntad entre los países.

3º—El Servicio Cooperativo del Empleo realizará estudios en el Perú sobre las diversas necesidades en materia de empleo y de los recursos que se dispongan para satisfacer tales necesidades, formulando y adoptando los programas más adecuados.

4º—En los proyectos de investigación sobre empleo, el Servicio Cooperativo efectuará análisis y clasificación de las ocupaciones, tanto de trabajadores como postulantes: incluyendo entre sus proyectos, la técnica de entrevistar y seleccionar el personal para la industria y comercio, análisis del mercado de trabajo, técnico para la administración de pruebas para definir las aptitudes de los postulantes, su desarrollo y evaluación y en cuanto al perfeccionamiento de personal, se hará la capacitación en actividades conexas, dentro y fuera del Perú.

5º—Los técnicos y empleados peruanos, incluyendo el Co-Director, tendrán las mismas prerrogativas y actuarán dentro del Servicio Cooperativo, en forma similar que sus congéneres del SCIPA, SCISP o SEC-PANE.

6º—El Gobierno de los Estados Unidos, por intermedio del Instituto de Asuntos Interamericanos, que representa a la Administración de Operaciones en el Exterior, nombrará a los especialistas que el Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas requiera, siendo abonados sus gastos por el Gobierno estadounidense.

7º—Los gastos del Servicio Cooperativo del Empleo procederán de un fondo común, formado por las contribuciones del Ministerio de Trabajo del Perú y del Instituto de Asuntos Interamericanos.

8º—El Convenio regirá hasta el 31 de diciembre de 1956, pudiendo ser prorrogado por acuerdo entre ambas partes.

## INFORMACIONES SOCIALES

**INAUGURACION DE 80 VIVIENDAS CONSTRUIDAS POR LA  
CENTRAL DE ASISTENCIA SOCIAL.**

El día 6 de enero del año en curso, se realizó la inauguración de 80 nuevas y cómodas viviendas construidas y equipadas en un lapso de 24 meses por la Central de Asistencia Social, que preside y dirige la señora María Delgado de Odría, Primera Dama de la Nación.

La ceremonia estuvo realizada por la presencia del señor Presidente Constitucional de la República, General de División don Manuel A. Odría, quien hizo entrega de los títulos respectivos a las familias de modestos recursos económicos a quienes han sido adjudicadas en propiedad.

Las nuevas viviendas se hallan distribuidas en 5 bloques y poseen los elementos sanitarios indispensables, mobiliario adecuado, ropa de cama, vajilla para el servicio diario, etc., en función al expreso deseo de la señora esposa del Jefe del Estado, "que las familias encuentren en ellas, todo lo necesario para una vida cómoda". A los 5 bloques construidos hay que agregar uno edificado para establecimientos comerciales, cuya merced conductiva será destinada a una nueva etapa de construcciones.

La inversión total de esta importante obra, asciende a S/o. 2'411,578.78, incluyendo el costo de los 6 bloques, las obras complementarias de urbanización (aceras, cercos, jardines, redes de agua y desagüe y adicionales), derechos de conexión de servicios de agua y electricidad, honorarios, sueldos y gastos generales. Estas viviendas están ubicadas al borde de la Carretera Central, en el lugar denominado "Cruz de Yerbateros", ocupando la manzana 702 de la Urbanización San Pablo, sobre un área de 6,300 metros cuadrados y un frente de 80 metros.

Constituyendo la casa-habitación factor esencial para el bienestar familiar, conservación de la salud y seguridad moral de sus miembros, la Central de Asistencia Social se ha sumado así al amplio y decidido movimiento del señor Presidente Constitucional de la República, reflejado en su postulado "Salud, Educación y Trabajo".

**III SESION DEL COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS**

Este certamen organizado por el Colegio Americano de Cirujanos, tuvo lugar en Lima, entre el 11 y 14 de enero, con la finalidad de tomar en consideración todas las ramas de la cirugía. Fueron incluidos en el temario los aspectos básicos, que en la actualidad preocupan a la ciencia mundial: cáncer, traumas, tuberculosis quirúrgica y también temas libres. Simultáneamente se presentaron trabajos sobre once especialidades distintas, vinculadas con la intervención del cirujano en todos los casos pre-visibles.

## INFORMACIONES SOCIALES

Asistieron más de 400 profesionales de los estados americanos, presentándose alrededor de 167 trabajos de alto valor científico. Conviene precisar que entre los médicos estadounidenses, que en mayor número participaron, asistieron destacadas personalidades científicas como los doctores Alfred Blalock, Herbert Conway, Paul G. Samsom, Alton Ochner, Michel de Bakey, E. S. Gurdjian, Stuart W. Harrington; etc. Entre los profesionales de otros países americanos: los doctores Ignacio Gonzáles y Alfonso Asenjo Gómez, de Chile; Rafael Castillo, de Venezuela; Euricio Da Silva Bastos y M. E. Alvaro, de Brasil; Juan Martín Allende, de Argentina; Pedro Larghero Ibarz, de Uruguay. El Perú estuvo representado por destacados cirujanos, entre ellos los doctores Oscar Guzmán del Villar, Gobernador del Colegio Americano de Cirujanos del Perú, Eduardo Cáceres G., Oswaldo Herculles, Carlos Peschiera, Fernando Cabieses y muchos más.

Se realizaron en el curso del certamen, importantes Symposiums, demostraciones quirúrgicas y exposiciones de arte antiguo peruano relacionadas con la cirugía.

### PRIMER CONGRESO NACIONAL DE INGENIERIA SANITARIA

Teniendo como propósito fundamental, conocer los adelantos obtenidos en el país en materia de agua potable, desagües, saneamiento ambiental, saneamiento rural, campañas contra vectores y el estudio de los problemas relativos a las proyecciones, construcciones y demás aspectos, se realizará en Lima, entre el 28 de marzo y el 2 de abril, el primer Congreso Nacional de Ingeniería Sanitaria, organizado por la Rama Peruana de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria, certamen que coadyuvará, mediante la coordinación de los ingenieros sanitarios peruanos, a preparar el V Congreso Internacional de Ingeniería Sanitaria a efectuarse en esta Capital en el año 1956.

El temario comprende 5 aspectos importantes: Administración, Legislación, Asuntos Técnicos, Vinculación y Educación, habiéndose designado ya las respectivas Comisiones Técnicas. Más de 200 ingenieros sanitarios y otros profesionales se han inscrito para participar activamente en las sesiones y deliberaciones.

### LABOR ASISTENCIAL DE LA BENEFICENCIA PUBLICA DE LIMA EN EL AÑO 1954.

De la Memoria del señor Presidente de esa Institución hemos extractado los siguientes datos:

**Asistencia Hospitalaria.**—Durante el año que se comenta, se atendieron 68,781 enfermos, produciendo un total de 2'011,735 estancias; mientras que en el año 1953 se asistieron 57,754 pacientes, registrándose en 1954 un aumento de 11,027 pacientes, debido al sistema de velocidad hospitalaria, que consiste en reducir el tiempo de asistencia al mínimo exigido para un buen tratamiento. Asimismo, el índice de mortalidad registrado en 1954 ha sido de 3.4%. Se observa que el costo medio de la estancia-día ha sido de S/. 23.12 diario, muy por debajo del mismo costo en los hospitales del Estado.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Consultas Externas.**—En los diferentes hospitales y servicios que la Beneficencia, por delegación del Estado tiene a su cuidado, se registró en este período 538.607 consultas externas, contra 498.685 anctadas en 1953, obteniéndose así un aumento de 39,922 consultas.

**Mejoras Hospitalarias.**—Gracias a los subsidios extraordinarios que el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, viene concediendo a la Beneficencia Pública de Lima desde 1952 (14'000.000.00 en 1952 y 1953; y 8'820,000.00 en 1954), se ha podido intensificar y mejorar la actividad de los diferentes servicios y creación de otros nuevos, en función al creciente ritmo de las exigencias asistenciales, como se observa a continuación:

**Hospital “Dos de Mayo”.**—Se ha creado un Servicio de Anestesiología General; se ha equipado el Departamento de Cardiología “Faustino Silva” y se ha dado término a las obras de cocina, comedor, lavandería y talleres a un costo aproximado de 4 millones de soles.

**Hospital “Arzobispo Loayza”.**—Es importante remarcar la creación del Departamento de Cardiología y la inauguración del Anfiteatro “Estanislao Pardo Figueroa”, construido con aportes de la Facultad de Medicina de Lima y la Beneficencia.

**Hospital de Maternidad.**—Se ha reconstruido la cocina y lavandería, creándose el Servicio de Esterilización Central y el Servicio de Prematuros, único en su género en el país.

**Hospital “Víctor Larco Herrera”.**—Se ha terminado la ampliación del Laboratorio de Anatomía Patológica; se le ha dotado de un Electroencefalógrafo. Cabe citar también la reconstrucción y equipamiento de los Pabellones 2, 3 y 12, la construcción de una nueva cafetería, y un amplio auditorium para las prácticas de los alumnos de la Facultad de Medicina.

**Hospital “Santo Toribio”.**—Con el aporte de la Fundación Canevaro, se han efectuado inversiones por valor de S/. 1'500,000.00, terminándose así la moderna cocina y lavandería, consultorios, departamentos operatorios, de Rayos X y de Laboratorio.

## INSTALACION DE LA SOCIEDAD PERUANA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Con fecha 8 de febrero del año en curso, tuvo lugar la instalación de la Sociedad del rubro, que agrupa más de 30 médicos especialistas y que tendrá como objetivo primordial, difundir en nuestro país un nuevo aspecto de la medicina, procurando, además, que un mayor número de profesionales se dediquen a esta especialidad.

Conocida la importancia de la invalidez, como problema médico-social, esta nueva sociedad dedicará sus esfuerzos a lograr la total rehabilitación de los enfermos y solicitará la cooperación de los centros hospitalarios públicos y privados, a fin de mejorar la atención en este terreno. Preside esta Sociedad, el doctor Carlos Bustamante Ruiz, Médico Jefe del De-

## INFORMACIONES SOCIALES

partamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Obrero de Lima, y últimamente elegido Presidente de la VI Convención Latinoamericana de Medicina Física, certamen que a continuación se reseña.

### VI CONVENCION DEL CONGRESO LATINO-AMERICANO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Esta importante reunión científica, auspiciada por la Caja Nacional de Seguro Social Obrero, se realizó en Lima, entre el 15 y 17 de febrero del año en curso, con la participación de calificados especialistas peruanos, miembros en su mayoría de la Sociedad Peruana de Medicina Física y Rehabilitación, y más de 50 especialistas de los Estados Unidos que asistieron por invitación de la institución auspiciadora.

El objetivo principal de esta reunión, como las anteriores, fué estudiar y conocer los adelantos que cada país ha efectuado en el terreno de la rehabilitación de inválidos y lisiados, por intermedio de los respectivos organismos y organizaciones, mediante el empleo de agentes físicos.

Fuó elegido Presidente de la VI Convención, el Dr. Carlos Bustamante Ruiz, Jefe del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Obrero de Lima y a su vez, Presidente de la Sociedad de esta especialidad, últimamente instalada.

Todas las sesiones científicas se realizaron en el Auditorium del Hospital Obrero de Lima, presentándose importantes trabajos y estudios del más alto interés profesional.

En la sesión inaugural, hizo uso de la palabra el Dr. Bustamante, Presidente de la VI Convención, expresando que estas reuniones corresponden a la necesidad de elevar el nivel técnico de América y adquieren importancia singular por sus proyecciones médico sociales. Expuso que la inquietud de los profesionales del Hospital Obrero, encauzada por el Superintendente General Dr. Guillermo Almenara, logró culminar con la organización de un Anexo de Fisioterapia, elevado después a Servicio y finalmente a Departamento de Medicina Física, dotándosele del material indispensable para el mejor cumplimiento de sus funciones; agregando que el Centro de Terapia Ocupacional ha sido el resultado del interés mostrado por las autoridades de la Institución, junto con la modernización de sus equipos electro-médicos y mecanoterapéuticos.

Seguidamente, el Dr. Cassius López de Victoria, Director Ejecutivo del certamen, expresó la satisfacción de contribuir con el fruto de su experiencia a un intercambio de ideas y conocimientos. En breves términos, el Dr. Armando Montes de Peralta, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social del Perú, declaró inaugurada la Convención, expresando su saludo a los profesionales asistentes.

En la sesión de clausura los Drs. Bustamante Ruiz y Cassius López destacaron la importancia de esta reunión, especialmente por los acuerdos y conclusiones adoptados habiéndose declarado clausurada la VI Con-

**INFORMACIONES SOCIALES**

vención de Medicina Física y Rehabilitación, por el Dr. Juan Philipps, Director del Hospital Obrero de Lima.

**ESTADISTICA DE LOS COMEDORES Y RESTAURANTES**
**POPULARES**

Durante el año 1954, los Restaurantes Populares han proporcionado raciones alimenticias adecuadas a empleados, obreros y estudiantes, alcanzándose casi la elevada cantidad de 9 millones de raciones, desdoblada a continuación por los diversos tipos de comensales y servicios:

Desayunos para escolares	(gratuitos)	2'453,295
Desayunos maternos	"	140,000
Almuerzos para escolares	"	1'900,177
Almuerzos para el personal	"	492,997
Raciones para estudiantes	"	486,640
Raciones para obreros	"	1'986,697
Raciones para empleados	"	1'541,670

Preocupación constante del Supremo Gobierno es mejorar este servicio, proporcionando además subvenciones anuales, que en 1954 sobrepasaron los 4 millones de soles.

**LABOR ASISTENCIAL DE LOS CENTROS MATERNOS INFANTILES  
 EN LA REPUBLICA**

Nos es muy grato publicar, por gentil cortesía de la Dirección Nacional de Estadística, un cuadro general de la importante labor asistencial que cumplen los 67 Centros Materno-Infantiles distribuidos en toda la República, los que no omiten esfuerzos para proporcionar a madres y niños la adecuada atención que se merecen.

Conviene precisar que estos Centros no sólo facilitan alimentos y productos farmacéuticos, sino que procuran prevenir las enfermedades típicas de la niñez y del embarazo, mediante exámenes radiológicos, análisis, consultas, hospitalización de los niños y madres enfermas, etc., ampliando su acción al seno familiar, por intermedio del Servicio Social, el Amparo Maternal y Cunas de Lactantes, solucionando los problemas derivados de la escasez de medios, vivienda y en general todos los problemas legales que puedan afectar al binomio madre-hijo, como el pago de pensiones, reconocimiento legal, tutela, etc.

A continuación se inserta el cuadro, que muestra las labores realizadas desde 1950 a 1953:

## INFORMACIONES SOCIALES

## CENTROS MATERNO-INFANTILES 1950-1953

Especificación	1953	1952	1951	1950
Nº. de Establecimientos	67	66	52	47
Personal Técnico	126	116	89	88
Personal de Asistencia	270	266	268	269
Niños atendidos con alimentos	15,557	14,949	16,176	15,382
Niños enfermos atendidos	82,501	78,465	86,780	94,519
Nº. de Consultas	283,642	282,724	268,145	255,775
Vacunas inyecciones y otras	384,349	300,088	363,084	304,351
Litros de leche entregados	383,296	378,331	401,170	378,746
Harinas lacteadas entre- gadas-Tarros	15,394	14,421	15,047	12,497

## ESTADISTICA HOSPITALARIA DEL PERU

Durante el año 1953, fueron atendidas 212,954 personas en establecimientos hospitalarios del Estado, Beneficencia y Particulares, de los cuales egresaron dados de alta 191,934 y fallecieron 9,007; estas cifras se refieren a los hospitales de todo el país y de las entidades más arriba nombradas.

Si tomamos en consideración las 4 zonas del territorio nacional, observamos que del total de atendidos (212,954) 137,822 corresponden a la zona del Centro, 36,769 a la del Norte, 33,259 a la del Sur y 5,104 a la del Oriente, apreciándose los respectivos porcentajes y egresos en la reseña que a continuación se inserta:

	Total Atendidos		Egresados		Existentes
	Nº.	%	Dados alta	Fall.	Al terminar el año
República	212,954	100.00	191,934	9,007	12,013
Norte	36,769	17,26	34,041	1,399	1,329
Centro	137,822	64,72	123,392	5,462	8,968
Sur	33,259	15,62	29,772	1,994	1,493
Oriente	5,104	2.40	4,729	152	223

El siguiente cuadro muestra el número de pacientes dados de alta y fallecidos en 1953 por causas o enfermedades:

## INFORMACIONES SOCIALES

**PACIENTES DADOS DE ALTA Y FALLECIDOS EN 1953, POR CAUSAS O ENFERMEDADES**

ENFERMEDADES	1953	
	Dados de alta	Fallecidos
1.—Infecciosas o parasitarias: . . . . .	26,251	2,240
2.—Tumores (neoplasmas) . . . . .	5,830	745
3.—Enfermedades alérgicas y de la nutrición..	1,813	232
4.—Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos . . . . .	1,281	153
5.—Enfermedades mentales, psiconeurosis . . .	1,846	34
6.—Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos . . . . .	4,954	412
7.—Enfermedades del sistema circulatorio . . .	3,763	650
8.—Enfermedades del aparato respiratorio . . .	19,252	1,018
9.—Enfermedades del tubo digestivo . . . . .	26,368	1,144
10.—Enfermedades del aparato genito-urinario.	7,060	321
11.—Alumbramiento, complicaciones del embarazo y estado puerperal . . . . .	48,676	137
12.—Enfermedades de la piel y tejido celular . .	5,635	67
13.—Enfermedades de los huesos y órganos del movimiento . . . . .	5,723	30
14.—Vicios congénitos de conformación . . . . .	402	98
15.—Enfermedades de la primera infancia . . . . .	967	606
16.—Síntomas y senilidad . . . . .	555	83
17.—Accidentes, envenamientos y violencias . .	16,879	702
18.—Otras enfermedades no especificadas . . . .	14,679	335

# Información Extranjera

## ORGANISMOS INTERNACIONALES

### 127ª. REUNION DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DE LA OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO.

Por gentil invitación del Gobierno Italiano, el Consejo de Administración de la O. I. T. celebró en Roma su 127ª Reunión del 16 al 19 de noviembre de 1954, bajo la presidencia del señor R. Ago, de Italia, asistiendo los señores delegados, miembros adjuntos, representantes de organismos internacionales y observadores de organizaciones internacionales no gubernamentales.

El Consejo señaló el 6 de junio de 1956 como fecha de apertura de la 39ª Conferencia Internacional del Trabajo, que se celebrará en Ginebra, tomando nota que en el orden del día comprendería los siguientes puntos: Memoria del Director General; Cuestiones financieras y de presupuesto; Informaciones y Memorias sobre la aplicación de los convenios y recomendaciones.

Durante su reunión el Consejo examinó y tomó nota de los informes presentados, relativos a empleo, asistencia técnica, libertad sindical, presupuesto y administración, convenios y recomendaciones.

Igualmente, el Consejo tomó nota de los nombramientos de miembros titulares y adjuntos gubernamentales, y procedió a señalar representantes en diversos organismos.

### Programa de Reuniones para 1955

El Consejo en su 127ª Reunión ya citada aprobó o confirmó las reuniones, que a continuación se indican: 24 de enero a 5 de febrero, Conferencia Regional Europea; 7 a 19 de febrero, Comisión de Industrias Químicas (4ª reunión); 21 de febrero a 5 de marzo, 128ª Reunión del Consejo de Administración y de sus Comisiones; 7-8 de marzo, Comisión Consultiva Asiática (6ª reunión); 21 de marzo a 2 de abril, Comisión del Petróleo (5ª reunión); 23 a 28 de mayo, 129ª Reunión del Consejo de Administración y comisiones; 1º de junio, 38ª Conferencia Internacional del Trabajo.

### Ratificación de Convenios

Con fecha 15 de noviembre del pasado año, el Director General de la O. I. T. ha registrado la ratificación por parte del Gobierno de la Re-



## INFORMACIONES SOCIALES

pública Federal de Alemania del Convenio sobre trabajos subterráneos (mujeres) 1935; igualmente con fecha 30 de noviembre de 1954, registró la ratificación por parte del Gobierno de la India, del Convenio sobre trabajo forzoso, 1930.

### UNDECIMA REUNION DEL COMITE EJECUTIVO DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

La siguiente es la composición de la Mesa Directiva, reunida en Jerusalém, del 4 al 6 de noviembre de 1954; Presidente: señor Renato Morelli; Vice-Presidentes: señores Peter Friis Olsen, Ytzhak Kanev y Reinhold Melas; Tesorero: señor B. A. Van Schaik; Miembro: señor Clément Michel.

Asimismo, participaron Delegados de Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, República Dominicana, Francia, Gran Bretaña, Israel, Italia, Japón, Países Bajos, Puerto Rico, Sarre, Somalia, Turquía y Yugoslavia. La Organización Internacional del Trabajo se hizo representar por el doctor Luis Alvarado, Sub-Director General.

El orden del día comprendió los siguientes puntos: 1º—Informes de los presidentes de las comisiones permanentes de la A. I. S. S. sobre las actividades de la Comisión de la Mutualidad. 2º—Informe del Secretario General sobre el periodo 1953-1954. 3º—Informe del Secretario General sobre las futuras actividades de la A. I. S. S. 4º—Informe financiero de 1954 5º.—Presupuesto de la A. I. S. S. para 1955; 6º.—Proposiciones concernientes a las enmiendas de los estatutos de la A. I. S. S.

El Comité aprobó la realización de la duodécima reunión del Comité Ejecutivo y la XII Asamblea General de la A. I. S. S., que se realizarán en México, en el mes de noviembre del presente año. Igualmente, aprobó la convocación por la A. I. S. S. de un Congreso Internacional de Actuarios y Estadísticos de la Seguridad Social.

### V REUNION DE LA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

Entre el 16 y 26 de marzo en curso, tendrá lugar en Caracas, Venezuela, la V, Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, conforme al siguiente temario:

- 1.—Informe del Presidente del Comité Permanente.
- 2.—Problemas de la edad de retiro en el seguro de vejez.
- 3.—Habitación y Seguridad Social.
- 4.—Formación y selección de personal y aspectos de la mecanización de las instituciones de seguridad social.

### XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

Celebrada en Santiago de Chile, entre el 7 y 22 de octubre de 1954, este certamen ha constituido un importante paso en el desarrollo

## INFORMACIONES SOCIALES

de las actividades de salud pública en América. Por primera vez los 21 Estados Miembros y 3 potencias europeas (Inglaterra, Francia, y Holanda), presentaron informes cuadriennales, sobre las condiciones de la salud pública y de los progresos realizados en los respectivos países, en el período transcurrido desde la XIII Conferencia, celebrada en Ciudad Trujillo en 1950.

Asimismo, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana presentó también un informe cuadrienal de las actividades de la Oficina, del que se revelan progresos sumamente alentadores, en el terreno de la salud pública en América. Por otro lado, los numerosos trabajos presentados atestiguan la importancia que la Oficina asigna al robustecimiento de los servicios nacionales de sanidad de los Países Miembros, por medio de programas de demostración, educación y adiestramiento.

Fué aprobado el Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1955, comprendiendo el primero cerca de 100 proyectos que requieren un total de 2'100,000 dólares. Asimismo fué aprobado el anteproyecto de programa y presupuesto para 1956.

Después de un amplio debate, la Conferencia declaró de extrema urgencia que la Oficina promueva la intensificación y coordinación de las labores de lucha antimalárica, al objeto de procurar la erradicación de dicha enfermedad en el Hemisferio Occidental, y que los Gobiernos Miembros transformen, a la brevedad posible, todos los programas de lucha en campañas de erradicación, a fin de que ésta sea lograda antes de la aparición de la **resistencia** de los anofelinos a los **insecticidas**. Recomendaciones similares y autorizaciones al Director de la Oficina, fueron aprobados referente a las campañas contra la viruela, la sífilis y el pian.

La Conferencia puso de relieve la importancia de mejorar la información estadística, recomendando a los Estados Miembros que extiendan y mejoren la recolección, elaboración, análisis y oportuna publicación de las estadísticas de población, vitales, de morbilidad, de recursos de salubridad y de los servicios que ellos prestan, así como económicas y sociales relacionadas con la salud. Se recomendó también, que los organismos de salubridad de los Países Miembros participen en la planificación de los censos de población, para que en éstos se incluya el máximo de datos esenciales para los programas de salud; que utilicen las encuestas sanitarias cuando sea necesario, para proporcionar información adicional sobre la población.

Conviene mencionar, que se adoptaron importantes Recomendaciones y Conclusiones en orden al mejoramiento de la salud pública, creación de la carrera de estadístico, uso de las estadísticas económico-sociales relacionadas con la salud, etc.

Por último la Conferencia acordó por unanimidad, reelegir al doctor Fred L. Soper como Director de la Oficina por otro período de 4 años, y aceptar la invitación para celebrar la XV Conferencia en San Juan, Puerto Rico, en otoño de 1958.

## CONGRESO MUNDIAL DE PROTECCION A LA INFANCIA

Organizado por la Unión Internacional de Protección a la Infancia, y en colaboración con el Consejo de Asociaciones de Protección a la Infancia de Yugoslavia, se celebró en Zagreb, Yugoslavia, entre el 30 de agosto y 4 de setiembre de 1954, asistiendo 450 delegados y observadores de trabajadores sociales, administradores, educadores, psicólogos, pediatras, jueces, etc. de 32 países, y representantes de organismos internacionales (OMS, UNESCO, O. I. T., ONU, UNICEF).

Entre los principios y recomendaciones adoptadas, conviene citar las siguientes, en orden al temario previamente señalado: ayuda a la familia y colaboración de los organismos públicos y privados; educación de los parientes; colaboración de los familiares con las escuelas, centros recreativos, movimientos juveniles, etc.; situación del infante separado de su familia por razón de salud o de educación, situación del niño dentro de un medio familiar incompleto o deficiente; y relaciones familiares en circunstancias excepcionales.

Además, el Congreso adoptó 3 resoluciones; la primera referente a la protección infantil en los países poco desarrollados y progresos de los esfuerzos de las Naciones Unidas; la segunda, relativa a la elevación del nivel de vida, en países donde la insuficiencia de medios ha originado los males que afectan a la infancia y sus dificultades con los parientes y por último, la 3ª., proporcionar a todos los niños las seguridades esenciales y la protección de sus derechos maternales, mediante la Declaración de los Derechos del Infante; recomendándose a los organismos nacionales e internacionales que continúen desarrollando sus programas a fin de establecer un estado de hecho, que asegure al mundo una paz duradera.

## PRIMERA ASAMBLEA DEL CONSEJO MUNDIAL PARA EL BIENESTAR DE LOS CIEGOS

Celebrada entre el 5 y 13 de agosto de 1954, en el centro de la UNESCO en París, adoptó minuciosas resoluciones, sobre la readaptación de los ciegos recomendando en una de ellas, el otorgamiento de ayuda financiera y asistencia técnica a los países insuficientemente desarrollados, con objeto de fomentar las actividades consagradas al bienestar de los ciegos. Participaron en las deliberaciones 78 delegados y observadores de numerosos países.

## PRIMER CONGRESO MUNDIAL DE PREVENCION DE LOS ACCIDENTES DEL TRABAJO

Con la finalidad esencial de favorecer las relaciones entre técnicos, expertos, estudiosos y dirigentes responsables de los organismos de prevención públicos y privados, que existen en los Estados Miembros de la O. I. T., se realizará en Roma, entre el 2 y 6 de abril el Congreso del epígrafe, con el siguiente temario:

## INFORMACIONES SOCIALES

- 1º.—Incumbencia y funcionamiento de los Comités de Seguridad.
- 2º.—La seguridad de las máquinas y las incumbencias de los constructores.
- 3º.—Función de los factores ambientales en la prevención de los accidentes, especialmente, del color empleado en los locales de trabajo.
- 4º.—La Seguridad y el Factor Humano: a) selección y orientación profesionales; y b) Educación y formación profesionales.
- 5º.—La Prevención de los accidentes en la agricultura.
- 6º.—Problemas de colaboración internacional en el campo de la seguridad.

Además, se realizará en el Palacio de los Congresos de la Exposición Universal, sede de las deliberaciones, una exposición de la seguridad del trabajo.

### PRIMER CONGRESO Y SEGUNDO SEMINARIO DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE ORIENTACION PROFESIONAL

Bajo los auspicios de la Asociación del rubro, entre el 6 y el 17 de setiembre de 1954, se celebraron en Bonn, Alemania, el Primer Congreso y el Segundo Seminario Internacionales de Orientación Profesional. Estas reuniones se organizaron con el apoyo del Ministerio del Trabajo y del Instituto Federal de Colocación y Seguro de Desempleo de la República Federal de Alemania.

Asistieron a estas importantes deliberaciones, delegaciones oficiales y semioficiales, así como especialistas de la orientación profesional procedentes de 27 países, reuniéndose más de 400 participantes.

## ARGENTINA

### Régimen de Previsión para Trabajadores Independientes, Empresarios y Profesionales

En virtud a la Ley Nº. 14397 de diciembre de 1954, se ha creado un régimen de previsión para los 3 grupos del epígrafe, comprendiendo a todas las personas mayores de 18 años.

La nueva ley establece las siguientes prestaciones: jubilación ordinaria, jubilación por invalidez, pensión y préstamos a los afiliados. Se exige como condición indispensable para la jubilación ordinaria, haber prestado servicios computables con aportes jubilatorios al nuevo régimen, durante un mínimo de 2 años, que se aumentará a 3 cuando el período de vigencia de la misma alcance a dicho término. Para gozar de las prestaciones derivadas de invalidez y muerte, no será requisito necesario el mínimo de aportes anteriormente establecido, pero sí el carácter de afiliado del inválido o del causante, a la Caja respectiva.

Tienen derecho a jubilación ordinaria los afiliados que hubieren

prestado 30 años de servicios computables y cumplido los 60 años de edad, tratándose de varones y 55 años tratándose de mujeres. El monto de la jubilación ordinaria será establecido de acuerdo con el promedio mensual de los ingresos del afiliado durante los 10 años consecutivos más favorables, y sujeto a una escala.

En caso de invalidez absoluta para el desempeño de cualquier actividad, corresponderá al afiliado una jubilación equivalente a la ordinaria, sea cual fuere el tiempo de servicios.

Al fallecer un afiliado, cualquiera que sea su antigüedad, los familiares, en orden de prelación tendrán derecho a percibir una pensión equivalente al 50 % de la jubilación ordinaria que gozare o hubiere tenido derecho a gozar el causante, la que podía aumentarse hasta el 75 % según las cargas de familia.

El capital de las cajas se formará: con el aporte obligatorio del 10 % sobre los ingresos de los afiliados; con los intereses o rentas que se obtengan de las inversiones de sus fondos; con el importe de las multas que se apliquen y con las donaciones o legados. La presente ley entró en vigencia el 1º de enero de 1955 y las prestaciones comenzarán a abonarse a partir el 1º de enero de 1957.

#### **Régimen de Previsión para los Trabajadores Rurales.**

En virtud de la Ley N° 14399, promulgada en diciembre de 1954, ha quedado establecido el régimen de previsión para los trabajadores rurales mayores de 18 años que trabajan por cuenta ajena, considerándose remuneración, a los efectos de la ley, todo cuanto perciba el afiliado en dinero y en bienes susceptibles de apreciación pecuniaria.

Dentro de las prestaciones, se señalan los siguientes: jubilación ordinaria, jubilación por invalidez, pensión y préstamos a los afiliados. Se exige, como condición indispensable, haber prestado servicios computables con aportes jubilatorios al nuevo régimen, durante un mínimo de 2 años, que se aumentarán a 3 cuando el período de vigencia del mismo alcance a dicho término. En los casos de invalidez o muerte no se exigirá el requisito mínimo de aportes.

Gozan de jubilación ordinaria los afiliados que hubieren prestado 30 años de servicios computables y cumplido los 60 años de edad, tratándose de varones y 55, tratándose de mujeres. El monto de la jubilación ordinaria se determinará de acuerdo a la remuneración base y a una escala de reducción previamente establecida.

En caso de muerte del afiliado, sea cual fuere su antigüedad, tienen derecho a percibir una pensión los familiares por orden de prelación excluyente, cuyo monto sería equivalente al 50 % de la jubilación que gozare o hubiere tenido derecho a gozar el causante, la que podrá aumentarse hasta el 75 % según las cargas de familia.

Para los efectos administrativos, se ha creado la Caja Nacional de Previsión para Trabajadores Rurales, que a su vez formará parte del sistema nacional de previsión.

El patrimonio de la Caja está integrado por el aporte obligatorio del 5 % a cargo de los afiliados, con la contribución de los empleadores

ascendente al 7 % sobre la remuneración del personal, el importe de las multas, los intereses o rentas de sus inversiones y las donaciones y legados.

Esta nueva ley entrará en vigor el 1º de enero de 1955 y las prestaciones comenzarán a abonarse a partir del 1º de enero de 1957.

## B E L G I C A

### **Suspensión del nuevo Régimen de Pensiones para los trabajadores belgas.**

Por ley de 28 de junio de 1954, se ha suspendido la aplicación de casi todas las disposiciones de la ley sobre la creación del nuevo régimen de pensiones para los trabajadores belgas, adoptada el 29 de diciembre de 1953. Esta suspensión tiene por objeto, facilitar el detenido examen de las solicitudes pendientes de resolución. Se suprime así, temporalmente, el pago de las nuevas prestaciones concedidas por la ley de 1953, y provisionalmente se aplicará la legislación vigente antes del 1º de enero de 1954, pero con algunas enmiendas, que tienen por objeto aumentar las pensiones mínimas de vejez y de sobrevivencia, ajustadas a las fluctuaciones del coste de vida.

La ley de 28 de junio de 1954 fija en 28,000 francos anuales la pensión mínima de vejez para trabajadores casados y en 18,700 la pensión para los demás beneficiarios. La pensión mínima es de 14,000 francos anuales para las viudas de más de 60 años de edad y de 11,500 para las viudas de 55 años, así como para las que aún no han cumplido esta edad, siempre que hayan estado casadas durante un año por lo menos.

El importe de las pensiones mínimas no variará, mientras el índice de los precios al por menor permanezca entre 400 y 440 (1936 — 38 — 100). Al subir dicho índice a más de 440, la pensión mínima aumentará automáticamente en 50 %; al bajar a menos de 400, la pensión se reducirá en 5 %; lo que indica que al ocurrir una nueva modificación de 5% en el índice, que origine el aumento o reducción, la pensión aumentará o disminuirá según el caso.

Las pensiones, en lo futuro, serán pagadas por la Caja Nacional de Jubilaciones y Pensiones de Sobrevivencia que reemplaza a la Oficina Nacional de Pensiones Obreras.

## C U B A

### **Organización del Servicio de Prevención de Accidentes y Enfermedades Profesionales.**

En virtud de la Resolución N° 125 de 30 de agosto de 1954, expedida por el Ministerio del Trabajo, se ha organizado el servicio del epigrafe, adscrito a la Sección de la Previsión Social de la Dirección General de Higiene y Previsión Social de Cuba.

## INFORMACIONES SOCIALES

Las funciones del nuevo organismo son: comprobar las condiciones de seguridad en los centros de trabajo, velando por el cumplimiento de las disposiciones vigentes; hacer conocer los aparatos, procedimientos y dispositivos que permitan evitar accidentes; indicar las medidas de seguridad que se estime convenientes y verificar su cumplimiento por parte de los patronos y obreros; revisar los medios y procedimientos para evitar los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales; obtener los índices de frecuencia por sectores y por centros de trabajo, organizar la propaganda y las campañas de prevención, organizar los comités de seguridad o establecer cargos para personas idóneas responsables en cada centro de trabajo, de acuerdo con patronos y obreros.

Este importante Servicio contará con un jefe de servicio, un inspector médico, un inspector dentista y un escribiente.

## ESTADOS UNIDOS

**Modificación de la Ley de Seguridad Social.**

En virtud de las modificaciones introducidas por la Ley Federal N° 761, de 1° de setiembre de 1954, se extiende el alcance de la protección del seguro de vejez y sobrevivientes a cerca de 10 millones de personas que trabajan durante el año en empleos que habían sido excluidos del régimen de seguro. Las siguientes categorías de personas tienen derecho a prestaciones de acuerdo con las enmiendas: a).—los agricultores que trabajan por su cuenta y cuyos ingresos anuales sean de 400 dólares (cerca de 3'600,000 personas); b).—los empleados de las administraciones estatales y locales que actualmente participan en regímenes jubilatorios estatales o locales (excepto el personal de policía y bomberos), a condición de que exista un acuerdo entre los Estados y el Gobierno Federal, una vez que la mayoría de los miembros de los regímenes citados hayan manifestado, por referéndum, el deseo de acogerse a los beneficios del seguro de vejez y sobrevivientes (cerca de 3'500,000 personas); c).—los trabajadores agrícolas que reciban de un solo empleador una remuneración en efectivo de 100 dólares o más por cada año civil (cerca de 2'100.000 personas); d).—el personal de servicio doméstico empleado en casas particulares con exclusión de las empresas agrícolas, que percibe una remuneración en efectivo de 50 dólares por trimestre civil (250,000 personas); e).—los eclesiásticos, los practicantes de la Iglesia de la Ciencia Cristiana y los miembros de órdenes religiosas, sea que estén empleados por su propia cuenta o se consideren empleados (cerca de 250,000 personas); f).—el personal civil del Gobierno Federal que no esté ya protegido por un régimen jubilatorio (cerca de 150,000 personas); g).—los arquitectos, ingenieros y empresarios de pompas fúnebres, que trabajan por su propia cuenta (cerca de 100,000 personas); h).—los ciudadanos estadounidenses empleados fuera de la Unión por filiales extranjeras de empresas radicadas en Estados Unidos, a condición de que exista un acuerdo facultativo entre el Gobierno Federal y la empresa radicada (cerca de 100,000 personas); i).—los trabajadores a do-

## INFORMACIONES SOCIALES

micilio, (cerca de 100,000 personas); j).—los trabajadores empleados en la pesca o en actividades conexas a bordo de barcos de 10 Tns. netas como máximo o empleados en tierra con el mismo objeto (cerca de 50,000 personas); y k).—los ciudadanos de Estados Unidos empleados por compatriotas a bordo de barcos o aeronaves matriculados en el extranjero.

El monto total anual de las ganancias que sirve para determinar el valor de las prestaciones y de las cotizaciones ha sido aumentado de 3,600 a 4,200 dólares.

La nueva fórmula que se aplicará en el futuro y en general para el cálculo de las prestaciones de las personas que se jubilen o que fallezcan, será la siguiente: 55% de los primeros 110 dólares de la remuneración mensual promedio (en lugar de 100 dólares), más 20% de los 240 dólares siguientes, en lugar de 15 % de los 200 dólares siguientes.

El monto mínimo mensual de las prestaciones de un trabajador jubilado será de 30 dólares; idéntica suma se abonará cuando haya un solo sobreviviente con derecho a la prestación calculado en función de las ganancias anteriores del asegurado fallecido.

El monto máximo pagable a una familia se aumenta de 168,75 dólares a 200; y el máximo previsto para los casos de prestación global al ocurrir el fallecimiento del interesado será de 255 dólares. Estas enmiendas entraron en vigor el 1º. de enero de 1955.

## F I L I P I N A S

### Primera Ley de Seguridad Social.

Con fecha 20 de mayo de 1954, se ha aprobado la ley 1161, sobre seguridad social, que constituye la primera medida legislativa sobre la materia en dicho país. La ley señala un gradual establecimiento del régimen que comprende las contingencias de vejez, invalidez, muerte, enfermedad y desempleo.

Este régimen se aplicará a los establecimientos que empleen más de 200 trabajadores y que hayan estado funcionando por lo menos tres años. Los establecimientos que ya poseen un sistema equivalente de protección de sus empleados y los que no obtuvieron ningún beneficio durante tres años consecutivos pueden ser dispensados por decisión administrativa. Se excluyen, igualmente, las siguientes clases de empleo: trabajo agrícola, servicio doméstico en casas particulares, empleo al servicio del Estado, empleo en instituciones benéficas, empleo ocasional, trabajo familiar, servicio a bordo de un barco extranjero fuera del país, trabajo de los internos y candidatos enfermeros en los hospitales y los empleos de carácter temporal especificados por la ley. Se exceptúa, también, a los trabajadores menores de 18 años o mayores de 60 y a los que tienen menos de 6 meses al servicio de un empleador sujeto al nuevo régimen.

**Prestaciones.**—Cuanto se refiere al riesgo de vejez, las respectivas pensiones serán pagadas desde los 60 años de edad a los trabajadores jubilados, después de 5 años de permanencia en un empleo asegurado. Su importe es igual al 80 % de las cotizaciones pagadas por el traba-

## INFORMACIONES SOCIALES

jador y el empleador, más un interés compuesto del 3 %, de acuerdo con las tablas de mortalidad; este 80 % puede rebajarse a 70 % o elevarse a 90 % por decisión administrativa.

Cuando un trabajador sufre invalidez total permanente o cuando habiendo pagado sus cotizaciones por el mes anterior, muere antes de su jubilación, el beneficiario o sus sobrevivientes, tienen derecho a una prestación por concepto de invalidez o muerte. Si el período de pago de cotizaciones es inferior a 13 meses, la prestación será igual a una cantidad global equivalente al total de cotizaciones abonadas en su cuenta. De lo contrario, consistirá en una cantidad global equivalente a los siguientes porcentajes de su salario anual: por 13-24 meses de cotizaciones: 30 %; por 25-36 meses: 50 % por 37-48 meses: 75 %; y por más de 48 meses: 100 %. No se tendrá en cuenta los salarios de más de 500 pesos, para el cálculo de las prestaciones.

Los trabajadores enfermos hospitalizados, tendrán derecho a prestaciones siempre que hayan estado asegurados durante un año y hayan pagado sus cotizaciones durante los 6 meses que precedieron a la fecha de su hospitalización. Las prestaciones equivalen al 20 % de la remuneración diaria del trabajador, más 5 % por cada persona a cargo. El plazo máximo durante el cual se pagarán prestaciones es de 90 días en un año civil.

Los trabajadores cesantes recibirán subsidios de desempleo después de un año de afiliación al seguro, en caso que hayan estado empleados durante 26 semanas y pagado sus cotizaciones durante el año anterior, incluyendo las cuatro semanas que precedieron inmediatamente a la pérdida de su empleo.

La prestación será equivalente al 20 % de la remuneración diaria del trabajador, más 5 % por cada persona a cargo, siendo el máximo de 6 pesos por día o de 50 % del salario.

**Recursos y Administración.**—Los trabajadores y empleadores, contribuyen con el 3 % del salario, pagándose las cotizaciones sobre los primeros 500 pesos que el trabajador haya cobrado durante un mes. El 20 % de los recursos financieros del régimen de seguro se destinará al Fondo de Reserva creado para sufragar los gastos eventuales y extraordinarios en caso de incapacidad y muerte.

La aplicación de la nueva ley incumbe a la Comisión de Seguridad Social, compuesta por el Ministro de Trabajo, el Ministro de Sanidad, el Administrador de Asistencia Social, el Director General del Régimen de Seguros Sociales del Gobierno, más 3 miembros nombrados por el Presidente de la República.

## G R E C I A

### Reorganización del Seguro de Desempleo

Por decreto ley de 25 de agosto de 1954, se ha dispuesto la reorganización general del seguro de desempleo en Grecia, creándose, además, un organismo para su administración.

## INFORMACIONES SOCIALES

En lo sucesivo este seguro abarcará a todas las personas que ejerzan una actividad remunerada en virtud de un contrato de trabajo, de duración indeterminada o fija, y que ya se encuentren aseguradas contra enfermedad en una Caja especial.

Los desempleados deben haber ejercido su cargo, durante 118 días por lo menos en el curso de los 14 últimos meses para obtener prestaciones, las que serán equivalentes al 40 % del presunto salario diario o 50 % del presunto salario mensual, según la categoría de remuneración a que pertenezca el asegurado. La prestación de base se aumentará en 10 % por cada persona a cargo del beneficiario, no excediendo del 70 % el monto total. La duración máxima de las prestaciones, será de 100 días, si el beneficiario ha estado empleado durante 310 días en el curso de los dos últimos años y 130 días si ha estado empleado durante 900 días en los últimos cinco años.

Las cotizaciones serán de 2 % de los salarios para los empleadores y de 1 % para los asalariados. La gestión del nuevo régimen está confiada al Instituto de Colaboración y Seguro de Desempleo. Corresponde a este nuevo organismo, además de atender la administración del seguro la colaboración de los desempleados, formación y orientación profesional, servicios de aprendizaje, oficinas de empleo y pago de las prestaciones a las familias de trabajadores movilizados.

## P A I S E S B A J O S

### Reorganización en el Servicio del Empleo

Por resolución N<sup>o</sup>. 14, de 5 de julio de 1954, se ha creado en los Países Bajos una Dirección Especial, encargada de emprender la acción necesaria contra el desempleo, dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales y Salud Pública, suprimiéndose el existente Servicio de Realización de Obras Públicas y la Oficina de Encuestas en Materia de Empleo.

La reciente organización considera necesario crear condiciones propicias, que permitan a la actividad económica ofrecer mayores oportunidades de empleo y evitar la desmoralización de los desempleados, la pérdida de sus calificaciones profesionales y las graves privaciones.

Los siguientes organismos componen la nueva Dirección: a) La Oficina Nacional del Trabajo; b) la División de Trabajos Complementarios de Emergencia para aliviar el desempleo; y c) El Servicio de Realizaciones de Obras Civiles Técnicas. Al frente de la Dirección se encuentra un Director General, que igualmente ejerce las funciones de Director General de la Oficina Nacional del Empleo.

## P A N A M A

### Modificaciones a la Ley Orgánica de Seguro Social

Por decreto-ley de 27 de agosto del año último, se ha modificado

## INFORMACIONES SOCIALES

reformas afectan principalmente el campo de aplicación y la organización administrativa del seguro social, así como algunos aspectos generales y formales de la ley orgánica.

De acuerdo con la nueva ley, quedan exentas del seguro obligatorio: las personas que ingresen por primera vez a un trabajo sujeto al régimen de seguro a la edad de 60 años, si fueran varones y de 55 si fueran mujeres; los trabajadores a domicilio y los ocasionales; los trabajadores independientes cualquiera que sea su ingreso, pudiendo acogerse éstos al seguro social voluntario.

# Legislación Social Peruana

*Salud Pública  
y Asistencia Social*

## **CONTROL TECNICO-ADMINISTRATIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE.**

**R. S. 31-12-54.**  
**"El Peruano" 1-2-55.**

Aprueba el acuerdo suscrito entre el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social del Perú y el Director del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, mediante el cual, se conviene en el control técnico-administrativo del Instituto Nacional de Higiene y Salud Pública; reconoce además al doctor Alfredo Lazarus como Director del mencionado Instituto y declara terminada la intervención concedida al Director General de Salud Pública en dicho organismo.

## **VIGILANCIA DEL FUNCIONAMIENTO DE SALAS-CUNAS.**

**R. M. 24-1-55.**  
**"El Peruano" 23-2-55.**

Declara que corresponde al Departamento Materno-Infantil, vigilar el funcionamiento de las salas-cunas, asumiendo igual actitud los médicos sanitarios respectivos, en las localidades donde no existen servicios materno-infantiles.

## **ESTABLECE LA OBLIGATORIEDAD DE INFORMACION SOBRE ENFERMOS MENTALES.**

**R. M. 31. "SP" 18-2-55.**  
**"La Crónica" 24-2-55.**

Resuelve que los hospitales psiquiátricos, los servicios psiquiátricos de hospitales generales y demás servicios públicos o particulares, donde se proporciona atención a los enfermos mentales, deberán remitir al Departamento de Higiene Mental del Ministerio del Ramo, información detallada relativa al movimiento de los mencionados enfermos en esos establecimientos.

## CONCEDE FACULTAD A LAS SOCIEDADES DE BENEFICENCIA PARA CELEBRAR CONTRATOS CON SUBARRENDATARIOS DE TIERRAS.

D. S. N° 1. "AS" 27-1-55.  
"La Nación" 19-2-55.

Decreta que los inmuebles, cuyas rentas perciben las Sociedades de Beneficencias Públicas, quedan comprendidas en los alcances del artículo 3° de la Ley 10895, y en consecuencia, dichas instituciones quedan facultadas para celebrar con arreglo a la ley, contratos directos con los subarrendatarios de sus bienes.

## REQUISITOS QUE DEBEN REUNIR LOS MEDICOS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

R. M. N° 7. "SP" 18-1-55.  
"El Comercio" 20-1-55.

Resuelve que los profesionales médicos, peruanos de nacimiento, con no menos de 10 años de práctica especializada en enfermedades bronco-pulmonares, en radiología o en laboratorio clínico, acreditarán dicha práctica con los documentos y certificados, que detalla; el Departamento de Control y Profesiones Médicas de la Dirección General de Salud Pública, llevará un registro especial de profesionales peritos, con indicación de los requisitos, que servirá para la calificación de los peritos que colaboren con los jueces en las reclamaciones sobre indemnizaciones por enfermedades profesionales.

## COMITE PERMANENTE DE COORDINACION SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

R. M. 12-1-55.  
"La Prensa" 4-2-55.

Se resuelve constituir el Comité del rubro presidido por el Director General de Salud Pública e integrado por el Director del Servicio Cooperativo de Salud Pública, el Jefe de la División de Servicios y Unidades Sanitarias, el Jefe de la División de Higiene y Educación y Sanitaria y dos funcionarios designados por el Servicio Cooperativo mencionado.

Este Comité actuará como órgano funcional ejecutivo para el desarrollo coordinado de las actividades sanitarias que corresponden a la Dirección de Salud Pública y al SCISP.

## EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD ESCOLAR CENTRALIZARA LOS DATOS DE ACTIVIDADES DEL RAMO.

R. M. 26-2-55.  
"El Peruano" 5-3-55.

Resuelve que el Departamento del epígrafe será el órgano encargado de centralizar los datos de las actividades de las diferentes direcciones y sus dependencias del Ministerio de Salud Pública y de preparar las correspondientes informaciones para su divulgación; debiendo contar con la colaboración respectiva que requiere el estudio técnico de cualquier aspecto que se relacione con la propaganda y publicidad de los diferentes servicios.

## INFORMACIONES SOCIALES

Adscribe a la Dirección General de Salud Pública la Oficina de Prensa y Propaganda del Ministerio del ramo, para la ejecución y cumplimiento de sus funciones.

*Trabajo y Asuntos  
Indígenas*

### INDEMNIZACIONES POR TIEMPO DE SERVICIOS PRESTADOS POR LOS OBREROS TEXTILES.

D. S. 28-1-55.  
"La Prensa" 3-2-55.

Señala que las indemnizaciones por tiempo de servicios prestados por los obreros textiles, que a partir de la fecha, cesan en el trabajo con derecho a goces, se computarán teniendo en cuenta el salario que percibe el servidor a la expiración del contrato de trabajo, tanto por los servicios anteriores al 1º de agosto de 1940 como por los prestados con posterioridad a dicha fecha.

### PAUTAS PARA LA INDEMNIZACION DE ESTIBADORES SUPERNUMERARIOS.

R. M. N° 45. "DT" 10-2-55.  
"La Nación" 11-2-55.

Establece que los empleadores de los estibadores supernumerarios del Callao, empozarán el 4.8% del monto de los salarios, que abonen en lo sucesivo, a la orden de la Comisión Controladora del Trabajo Marítimo, la que a su vez abonará las sumas a una cuenta que denominará "Fondo de Indemnización de los Estibadores Supernumerarios del Callao" abierta en la Caja de Depósitos y Consignaciones.

### REGULACION DE SUELDOS PARA LOS EMPLEADOS PARTICULARES

D. S. 2-2-55.  
"El Comercio" 4-2-55.

Establece un aumento para los empleados particulares de la República, cuyas remuneraciones no hubieran sido mejoradas desde 1950, de acuerdo a una escala.

### IGUALDAD DE GOCES DE LOS TRABAJADORES CARREROS CON LOS MARITIMOS

R. M. 14-2-55.  
"La Nación" 15-2-55.

Resuelve que los trabajadores del litoral denominados carreros, que laboren en condiciones análogas a los trabajadores marítimos y reciban salarios en forma similar, tendrán derecho a percibir una suma igual a la de los aumentos establecidos por el D. L. 11208 (20%) y D. S. 11-10-50 (25%), sin el requisito de la vigencia del contrato de trabajo.

## INFORMACIONES SOCIALES

**MULTAS A LOS EMPLEADORES QUE EN CONFLICTOS DE TRABAJO OBTENGA RESOLUCIONES CONTRARIAS EN LAS TRES INSTANCIAS**

D. S. Nº 15. D. T. 2-2-55.  
"La Crónica" 4-2-55.

Resuelve que en las resoluciones ministeriales que expida la Autoridad Superior del Trabajo, se impondrá multas a los empleadores que obtengan resoluciones contrarias en las tres instancias.

**SUMA COMPENSATORIA POR ALIMENTACION PARA LOS TRABAJADORES CARREROS.**

R. M. 14-2-55.  
"El Peruano" 15-2-55.

Resuelve que los trabajadores carreros que laboran en condiciones análogas a las de los trabajadores marítimos percibirán la suma de S/. 8.00 cuando laboren en horas de almuerzo, comida o cena, siempre que sus empleadores no les proporcionen alimentación.

**NO ES DEDUCIBLE LA BONIFICACION DEL 30% DEL ULTIMO REAJUSTE.**

R. M. 16-2-55.  
"El Peruano" 17-2-55.

Señala que la bonificación del 30% establecida por la Ley Nº 11725 de 16 de enero de 1952, no es deducible a los efectos del Decreto Supremo de 2 del presente mes, que establece mejora en las remuneraciones de los empleados particulares de la República.

**SEÑALA SUELDO MINIMO PARA LOS EMPLEADOS PARTICULARES.**

D. S. 8-3-55.  
"El Peruano" 10-3-55.

Establece los montos mínimos que percibirán los empleados privados en las principales ciudades y zonas de la República; añadiendo, además, que los sueldos mínimos señalados se aplicarán en todos los casos, cualquier que sea la duración del contrato; no pudiendo rebajarse ni modificarse los sueldos mínimos establecidos por acuerdo entre las partes o propia iniciativa del patrono, que sean superiores a los ahora señalados.

**NOMBRA UNA COMISION QUE ESTUDIARA LAS NORMAS PARA LA FIJACION DE SUELDOS MINIMOS A LOS EMPLEADOS PARTICULARES.**

R. S. 8-3-55.  
"El Peruano" 10-3-55.

1 Crea una Comisión para que en el plazo de 4 meses contados a partir de la fecha, presente un anteproyecto de ley estableciendo las normas que permitan la fijación de sueldos mínimos para los empleados particulares de la República.

**ESTABLECE EL SERVICIO MOVIL DE SUPERVISION.****D. S. 18-1-55.****“La Nación” 16-3-55.**

Crea en el Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas un Servicio Móvil de Supervisión que tendrá por objeto propender al mejoramiento de las condiciones laborales y de la vida de los trabajadores.

Este servicio será atendido por el personal de las Direcciones Generales de Trabajo y Asuntos Indígenas, especialmente preparado para las labores que se le confíen.

**REGLAMENTA LAS FUNCIONES DEL  
SERVICIO MOVIL DE SUPERVISION.****R. M. 14-3-55.****“La Nación” 16-3-55.**

Señala la facultades y funciones del Servicio del epígrafe, estableciendo además, que este organismo deberá informar continuamente al Despacho Ministerial, el desarrollo de sus actividades, utilizando para el efecto la vía más rápida en los casos que la urgencia de los asuntos, lo justifique.

*Relaciones Exteriores*

**APRUEBA LA RESOLUCION VII DEL SEGUNDO  
CONGRESO IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD  
SOCIAL.****R. S. Nº 547. 1-1-54.****“El Peruano” 18-1-55.**

Se aprueba la Resolución VII del Congreso del rubro que sugiere la creación de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y se expresa la conformidad del Gobierno peruano con el establecimiento del citado organismo.

*Justicia y Culto*

**APRUEBA EL REGLAMENTO DE LA “ORDEN  
DEL SERVICIO CIVIL DEL ESTADO”.****D. S. Nº 5. 20-1-55.****“El Peruano” 25-1-55.**

Se aprueba el Reglamento de la orden del epígrafe, compuesto de 33 artículos, formulado por la Dirección General del Servicio Civil y Pensiones del Ministerio de Justicia y Culto, quedando este Ministerio encargado de dictar las disposiciones convenientes para su otorgamiento.

# Biblioteca de la Caja Nacional de Seguro Social

## PUBLICACIONES RECIBIDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE 1955

### 1.—ORGANISMOS INTERNACIONALES

#### a) — Naciones Unidas

N. U. Comité Administrativo de Organización.

Asistencia técnica para el desarrollo económico, New York, 1949.  
Bulletin on Narcotics, New York, May-aug. 1954.

#### b) — Organización Mundial de la Salud

Oficina Sanitaria Panamericana.

Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana,  
Washington D. C., 1953.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington D. C.,  
1954: oct.

#### c) — Organización Internacional del Trabajo

Oficina Internacional del Trabajo.

Actas de la 119<sup>a</sup> reunión del Consejo de Administración. Ginebra,  
mayo-junio 1952. (Lausana, 1952).

—Actas de la 120<sup>a</sup> reunión del Consejo de Administración, Ginebra.  
25-28 nov. de 1952 (id. id.), 1952.

—Actas de la 122<sup>a</sup> reunión del Consejo de . . . ., Ginebra, 29-30 de  
mayo, y 19 y 26 de junio de 1953. (Lausana), 1953.

—Actas de la 123<sup>a</sup> reunión . . . ., Ginebra, 24-27 de nov. de 1953.  
(Lausana) 1953.

—Anuario de Estadísticas del Trabajo, 1954. Ginebra, 1954.

O. I. T. European Regional Conference. Geneve, 1955.

Report of the Director-General. Geneve, 1954. (Report I).

Estados Unidos. Dpto. of Health, Education and Welfare.

Sistemas de Seguridad Social. 1954, Ginebra. OIT.

Informaciones Cooperativas, Ginebra, 1954: año XXXI, N° 5-6.

Indice, 1954: N° 1-6.

Informaciones Sociales, Ginebra, 1954: 1° dic.; 15 dic.; 1955: 1°  
enero, 15 enero. 15 feb. Indice, 1954: enero-junio.

## INFORMACIONES SOCIALES

Boletín Oficial, (OIT) Ginebra, 1951: 31 dic.; 1952: 31 dic.; 1954: 15 oct.

Official Bulletin, (ILO) Geneve, 1945: 10 dic.; 1948: 31 dic.; 1949: 31 dic.

Noticias de la OIT, Ginebra. 1953: marzo.

Revista Internacional del Trabajo, Ginebra, 1954: dic.

### d)—Organización de los Estados Americanos

O. E. A. Consejo Interamericano Económico y Social.

Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos para el año civil de 1951. Washington D. C., 1951. (UP).

—Program of technical cooperation of the Organization of American States for the calendar year 1954... Washington D. C., 1954.

—Resolución sobre el programa de cooperación técnica de la Organización de los Estados Americanos... Washington D. C., 1950. (UP). Taylor, Sue H.

El Centro Comunal en la vida rural. Washington D. C., 1954.

U. P. Dpto. de Asuntos Económicos y Sociales.

Instituto de Trabajo en el Salvador. (Washington D. C.), 1955.

U. P. Division of Economic Research.

The Peruvian Economic. A Study of its characteristics... Washington D. C. 1950.

### e)—Asociación Internacional de la Seguridad Social

A. I. S. S. Comité Ejecutivo. 11a., Jerusalén, 1954.

Lista de participantes.

—Informe financiero para el año 1954.

—Presupuesto provisional de la A. I. S. S. para 1955.

A. I. S. S. Expertos en materia de desempleo. Amsterdam, 6-9 oct., 1954.

Lista de puntos (a tratarse).

Recomendación al Comité ejecutivo de la A. I. S. S.

Bulletin de la Asociación Internacional de la Sécurité Sociale, Geneve, 1954: nov.

Crónica de la Seguridad Social Internacional, México (AISS y CISS) 1954: dic. (La presente publicación reemplaza a la "Crónica C. I. S. S." y a "Noticias de la A. I. S. S").

### f)—Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Conferencia Interamericana de Seguridad Social. 5a., Caracas, 1955. ...Edad de pensión y seguro de vejez. Informe presentado por la Oficina Internacional del Trabajo. Caracas, 1955. (Informe I, tema II).

## 2.—PUBLICACIONES PERIODICAS NACIONALES

**Actualidad Económica**, Lima. 1955: enero; feb.

**Anuario de la Legislación Peruana**, Lima. t. XLIV. Legislatura de 1952.

## INFORMACIONES SOCIALES

- Leyes Nos. 11860 al 11985. Lima, (1953).
- Asociación de Cámaras de Comercio del Perú**, Lima. 1954: dic.; 1955: enero.
- Asociación Mutualista Magisterial**, Lima. 1954: dic.
- Autcmovilismo y Turismo**, Lima. 1955: N° 1.
- Banco Continental**, Lima. Memoria y Balance al 31/12/1954. Lima, (s. i., 1955).
- Banco Internacional del Perú**, Lima. Memoria y Balance al 31/12/1954. Lima, (s. i. 1955).
- Boletín Estadístico Municipal (Concejo Provincial de Lima)**. 1954: enero-febrero-marzo; abril-mayo-junio.
- Boletín de la Caja de Depósitos y Consignaciones. Dpto. de Recaudación**, Lima. 1954: julio; agosto.
- Boletín de la Compañía Administradora del Guano**, Lima. 1955: enero.
- Boletín Municipal, (Concejo Provincial de Lima)**. 1954: oct.-nov.
- Boletín Mensual de la Cámara de Comercio de Lima**. 1954: nov; dic.
- Boletín Semanal, (Cámara de Comercio de Lima)**. 1955: enero: 20, 26; feb.: 2, 9, 16; marzo: 2, 9.
- Corporación de Comerciantes del Perú**, Lima. 1954: dic.; 1955: feb.
- Informativo Agropecuario**, Lima. 1954: nov.
- La Reforma Médica**, Lima. 1954: nov.-dic.
- Leyes y Resoluciones de Carácter General de la República del Perú**. 1954: 3er. trimestre.
- Revista de Jurisprudencia Peruana**, Lima. 1954: dic.; 1955: enero.
- Revista de Sanidad de Policía**, Lima. 1954: set.-oct.; nov.-dic.

## 3.—PUBLICACIONES PERIODICAS EXTRANJERAS

- ARGENTINA.—**Boletín de Informaciones Sociales**, Buenos Aires. 1954: dic.: 27.
- La Ley**, Buenos Aires. 1954: dic.: 24; 1955: enero: 18.
- Revista de Obras Sanitarias de la Nación**, Buenos Aires, 1954: oct-dic.
- AUSTRIA.—**Soziale Sicherheit**, Wien. 1954: sep.; dez.
- BELGICA.—**Bélgique Amerique Latine**, Bruxelles. 1954: déc.; 1955: jan.
- La Mutualité Professionnelle**, Bruxelles. 1955: jan.
- BRASIL.—**Conjuntura Económica**, Río de Janeiro. 1954: dez.
- Revista do Trabalho**, Río de Janeiro. 1954: set.-out.; nov.-dez.
- ECUADOR.—**Boletín (Banco Central del Ecuador)**, Quito. 1954: jul.-agos.; set.-oct.
- Comercio Exterior Ecuatoriano**, Quito. 1954: abril-mayo-junio.
- EL SALVADOR.—**Seguro Social**, San Salvador. 1954: enero-feb.; marzo; abril-mayo; jun.-oct.; nov.-dic.
- ESPAÑA.—**Medicina y Seguridad del Trabajo**, Madrid. 1954: oct.-dic.
- Revista del Trabajo**, Madrid. 1954: marzo; set.; oct.
- ESTADOS UNIDOS.—**Educación Social del Trabajador**, Washington, D. C. 1954: july.
- Monthly Labor Review**, Washington D. C. 1954: nov.; 1955: jan.
- Servicios Públicos**, New York. 1955: enero.
- Social Security Bulletin**, Washington D. C. 1954: dec.; 1955: january.

## INFORMACIONES SOCIALES

- FRANCIA.—**Bulletin D'Information de la Mutualité Agricole**, París. 1954: dec. 1955: janvier.  
**Fédération Nationales des Organismes de Sécurité Sociale**, París. 1955: janvier.  
**Informations Sociales**, París. 1954: décembre; 1955: janvier.  
**Revue de la Sécurité Sociale**, París. 1955: janvier.
- INGLATERRA.—**Social Work**, London. 1955: january.
- ITALIA.—**Congreso Mundial de Prevención de los Accidentes de Trabajo**, Roma. 1954: dic.  
**Istituto Nazionale delle Previdenza Sociale**, Roma . . . Rendiconto generale dell'anno 1953 e relazione del direttore generale. (s. p. dei).  
**La Previdenza Sociale Nell'Agricoltura**, Roma. 1954: settembre.  
**Previdenza Sociale**, Roma. 1954: luglio-agosto.  
**I Problemi del Servizio Sociale**, Roma. 1954: settembre-ottobre.  
**Rivista degli Infortuni e delle Malattie professionali**, Roma. 1954: marzo-aprile; luglio-agosto.
- MEXICO.—**Civitas**, Monterrey. 1954: set.-oct.  
**Salubridad e Higiene**, Jalapa. 1954: mayo-junio.
- NICARAGUA.—**Boletín de la Cámara Nacional de Comercio e Industrias de Managua**. 1954: oct.-nov.
- REPUBLICA DOMINICANA.—**Dirección General de Estadística**, Ciudad Trujillo.  
. . . Anuario Estadístico de la Rep. Dominicana, 1952.  
. . . Comercio Exterior de la Rep. Dominicana, 1954: agosto.  
. . . Finanzas Municipales 1953.  
**Previsión Social**, Ciudad Trujillo. 1954: set.-oct.
- URUGUAY.—**Intendencia Municipal de Montevideo, Boletín Municipal de Estadística**. 1954: mayo-junio; julio-agosto.
- VENEZUELA.—**Boletín de la Cámara de Comercio de Caracas**. 1954: nov.; dic.  
**Notas Estadísticas, Caracas**. 1954: agosto; set.; oct.

## 4.—LIBROS Y FOLLETOS

- Angulo A., Jorge M.**: Manuel de Legislación del Trabajo y Previsión Social. Trujillo, 1954.
- Arnaldos Gimeno, Pedro**: Los seguros sociales en los estados totalitarios. Madrid, 1941.
- Buitrón, Aníbal y Salisbury Buitrón, Bárbara**: Condiciones de vida y trabajo del campesino de la provincia de Pichincha, Quito, 1947.
- Dittel, J. Walter**: La doctrina de presupuesto social como base de los regímenes de previsión social obligatoria, Guatemala, 1950.
- Congreso de Delegados de trabajadores afiliados a la Caja del Seguro Ecuatoriano**), 1º, Quito, 1945 . . . Conferencias, actas y conclusiones. Quito, 1945.
- Congreso de delegados** . . . 2º, Quito, 1948 . . . Informes y conclusiones. Quito, 1948.
- España. Leyes, decretos, etc.** Recopilación legislativa del seguro de enfermedad, Madrid, 1947.

## INFORMACIONES SOCIALES

- Guzmán Ferrer, Fernando: Código Civil. Legislación Peruana. Lima. 1954.
- Garayar P., Gregorio: Introducción a la Economía. México 1953.
- Göran, Tegner: La Sécurité sociale en Suède. Stockholm, 1951.
- Guardia Mayorga, C. A.: Manual de Legislación Obrera. Arequipa, 1938.
- Instituto Colombiano de Seguros Sociales. Antecedentes y documentos de los seguros sociales en Colombia. Bogotá, 1952.
- Italia, Instituto Nazionale della Previdenza Sociale. Ordinamento e funzioni, Roma, 1951.
- Japón, Ministry of Welfare Insurance Bureau. The Outline of Social insurance in Japan. (s.l.), 1955.
- Luño Peña, Enrique: El Problema de la unificación de los seguros sociales fuera de España. Madrid, 1935.
- Paz-Soldán, Carlos Enrique: La Solidaridad de las Américas. Lima, 1954. t. II.
- Ricketts, Carlos A.: La Coca, problema de prevención social, Arequipa, 1948.
- Sociedad Nacional Agraria. La Tributación directa en el Perú. La Nueva Legislación y las disposiciones legales anteriores. Lima, 1935.
- Zelenka, Antolin y Deschamps, Cyrille: La introducción de los seguros sociales en Venezuela. Caracas, 1950.

# SOCIALES



AÑO X    Abril - Mayo - Junio - 1955    No. 2

Publicación Trimestral de la  
Caja Nacional de Seguro Social del Perú

# *INFORMACIONES SOCIALES*

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

# 2

Año X

Abril - Mayo - Junio 1955

Nº 2

# S U M A R I O

## No. 2

	<b>Pág.</b>
Psiquiatría, Higiene Mental y Salud Pública, por el Dr. <b>Baltazar Caravedo C.</b> . . . . .	3
La Seguridad Social en el Reino Unido, por <b>Jorge A. Valcárcel</b> . . . . .	24
Hacia un Mejoramiento de las Fuentes de Información Demográfica por el <b>Dr. O. Téllez Sarzola</b> . . . . .	36
El Seguro Social Nacional en Israel, por <b>Itzhak Kanev</b> . . . . .	40
Un Siglo de Progreso Social, por el <b>Prof. Angelo Corsi</b> . . . . .	49
Boletín Institucional . . . . .	61
Información Nacional. . . . .	67
Información Extranjera . . . . .	74
Legislación Social Peruana . . . . .	83
Biblioteca de la C. N. S. S. . . . .	88

—oOo—

AÑO X

Abril - Mayo - Junio 1955

Nº. 2

PUBLICACION TRIMESTRAL

Redacción y Administración:

CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

Departamento de Estudios Sociales y Económicos

Av. Nicolás de Piérola Nos. 1100 - 1112 - 1124

Casilla N° 1311

LIMA

PERU

La Caja Nacional de Seguro Social, no se hace responsable de las opiniones expuestas en los artículos firmados.

# *Psiquiatría, Higiene Mental y Salud Pública*

**Por el Dr. BALTAZAR CARAVEDO CARRANZA, Médico-Jefe del Dpto.  
de Higiene Mental, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
del Perú.**

La psiquiatría y la higiene mental son especialidades que se complementan y que son imposibles de separarse, sería difícil entender la una sin la otra. La higiene mental, es en realidad una resultante de las experiencias de la clínica psiquiátrica aplicadas al campo de las relaciones humanas. El concepto moderno de la psiquiatría es muy diferente del concepto sustentado hasta hace, escasamente, un cuarto de siglo; la época de la psiquiatría estática y mecanicista en la que el formalismo y la descripción rigorista de las entidades nosológicas era el desideratum de todo buen psiquiatra, ha dejado de tener objeto. En psiquiatría se busca actualmente el entender y comprender las actitudes humanas, la dinámica de la conducta social del hombre y el por qué cada individuo que enferma, ha llegado al fracaso que significa la enfermedad, y qué representa en él esta enfermedad, y qué es, para él, su dolencia. La psiquiatría ha enriquecido su campo de acción con la contribución de muchas ramas ajenas al campo psiquiátrico propiamente dicho y por una serie de circunstancias felices, cuyos puntos de partida parecen coincidir con los inicios de la presente centuria, han hecho posible el ir descubriendo los mecanismos o dinamismos, como quieran llamarlos, de la conducta del hombre en relación a la situación y en relación con su mundo. La psiquiatría ha sustentado en la actualidad que el hombre se enferma como consecuencia de un fracaso constantemente renovado ante las incitaciones endógenas y exógenas y que estas experiencias traumatizantes arrancan muchas veces desde el tiempo pre-natal. Este concepto dinámico de la psiquiatría, este aproximarse al hombre en su totalidad y el afán de comprenderlo dentro de esa totalidad multiforme, cambiante,

## INFORMACIONES SOCIALES

renovada constantemente y siempre la misma, han permitido a las escuelas modernas el propugnar normas e principios como medio de lograr que el hombre no fracase en lo más delicado que posee.

La psiquiatría clínica tiene como propósito no sólo beneficiar a los enfermos que trata, sino también obtener, del estudio clínico de los mismos, conocimientos de aplicación profiláctica. Ha pasado, por eso, del estatismo al dinamismo, del caso aislado a la aplicación de la experiencia a la colectividad en general, y del concepto cerrado de una psiquiatría abstracta y universalmente uniforme ha establecido una psiquiatría esencialmente basada en las ciencias de la cultura como un medio de comprender el problema de la persona humana. Desde el ángulo social, y en especial de la salud pública, la psiquiatría asistencial tiene que concurrir en la medida que es experiencia clínica para una profilaxis bien orientada. El concepto dinámico de la psiquiatría implica la aplicación progresiva y completa de las ciencias biológicas, psicológicas, sociales y antropológicas al estudio de la etiología y tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Una descripción parcial de los hechos en las afecciones mentales en términos o frases específicas o a través de conceptos exclusivamente neurofisiológicos o de tipo social, no conducirá a una eficaz comprensión de las causas, la prevención y el tratamiento de esos trastornos. Son necesarios todos esos enfoques científicos del problema para llegar a su plena comprensión. Pero para ejercer la psiquiatría de este modo, es indispensable trabajar en equipo y esto es justamente lo que falta formar en muchas partes.

Los principios y experiencias obtenidos de la psiquiatría clínica, al ser aplicados al campo de la salud pública, ha creado una serie de problemas que son fácilmente solucionables y que económicamente no representan un desembolso oneroso a los gobiernos, en general. Por lo común, los servicios para problemas psiquiátricos dentro de los ministerios de salud pública, en muchas partes del mundo, han estado, dirigidos hacia un papel terapéutico y custodial de los pacientes, los técnicos se han ocupado del enfermo mental con ahínco y tremenda responsabilidad, pero han hecho muy poco por evitar los fracasos psicológicos y establecer medios al mismo nivel que las medidas sanitarias que se tomen frente a epidemias, por ejemplo.

Para esto es necesario que los servicios preventivos se encuentran a un nivel superior a los servicios asistenciales, en sentido doctrinario, pues las actividades de técnicos de diferentes ramas de la cultura tienen cabida en un programa de profilaxis psíquica y dentro de ellos cabe destacar al antropólogo, al sociólogo y al psicólogo social, quienes desempeñan funciones tan importantes como las del ingeniero sanitario o las del bacteriólogo en las esferas de la salud física. A estos técnicos hay que agregar el equipo de trabajo que normalmente colabora con el psiquiatra, como son la asistente social y la enfermera de salud pública. El sentido que se le quiere dar al plan de profilaxia psíquica, estriba en

## INFORMACIONES SOCIALES

poder aplicar en todos los campos de la salud pública, los principios que norman las relaciones humanas estables y equilibradas entre las colectividades, entre las familias y entre las personas.

Para lograr que tanto médicos, como técnicos en problemas sociales comprendan la dinámica del acontecer psíquico, es necesario que la enseñanza superior dé énfasis al estudio del hombre normal en lo que se refiere a su desarrollo psicológico; asimismo debería enseñarse el origen y desarrollo de los trastornos psicológicos más frecuentes de observar, igual al que se proporciona en el aspecto orgánico. Es mucho más importante para el futuro de la salud del hombre, el conocer los aspectos psicológicos que inciden sobre su organismo, que el limitarse al estudio de las psicosis en su fase descriptiva y no a la comprensión de su origen o a la profilaxis y tratamiento de los trastornos neuróticos, por ejemplo.

El psiquiatra encuentra, por eso, una íntima relación con la Pediatría y con el estudio del niño normal. Ambas ramas que estudian al niño proporcionan al psiquiatra la oportunidad de estudiar de manera clara y precisa, la inmensa relación que hay entre los factores emocionales y los factores físicos del hombre; en las relaciones personales entre la madre y el niño y su inmensa importancia como factor del desarrollo psicosomático. Posiblemente el psiquiatra tiene, en la actualidad, en la pediatría un campo tanto, o más vasto que la misma psiquiatría para estudiar psicológicamente al hombre y con una vía de acceso más profunda y más eficaz, pues en las etapas tempranas del desarrollo, podemos corregir lo que más tarde se hubiera presentado, en tanto que el hombre que enferma y recurre al psiquiatra tiene necesariamente que corregir el pasado en función del ahora; en el niño actuamos en función del mañana.

La nueva actitud de la psiquiatría es revolucionaria, en cuanto a tendencias profilácticas. El querer ver al hombre dotado de sus potencialidades, en buen equilibrio entre sí y en relación armónica, es fundamental, nuevo y difícil de aceptar. Siempre que hablamos de medicina nos referimos al hombre enfermo, el higienista habla del hombre sano al que hay que preservar del pathos. A través de estas dos actitudes: la de estar en salud y la de preservar la salud se han establecido dos conceptos que son importantes de tener presente: ¿Qué se entiende por salud mental y qué se entiende por higiene mental?; ambas cosas son complementarias, aunque diferentes. La OMS ha dado una definición de lo que es la Salud Mental en los siguientes términos: **“La Salud Mental se ha definido como la expresión completa y libre de todas nuestras potencialidades congénitas y adquiridas, en armonía entre sí, dirigidas hacia un fin o aspiración común de la personalidad estimada como un conjunto”**. La Higiene Mental se ha definido **“como elemento técnico dentro de la Salud Pública, cuya finalidad estriba en actividades y técnicas capaces de instaurar y preservar la salud mental”**.

## INFORMACIONES SOCIALES

Vista a través de esta definición, la salud mental es un estado interno de la persona, tomada en su aspecto dinámico funcional, y dentro de la cual se engloba la adaptación biológico-social, con miras a buscar la armonía para lograr el bienestar del individuo. La higiene mental sólo aspira a aplicar técnicas, muchas de las cuales provienen de otras especialidades o son ellas en sí, especialidades puestas al servicio de problemas higiénico-sociales. La salud mental es un bien personal, la higiene mental persigue un bien colectivo como consecuencia de los bienes personales logrados al resolver diferentes tensiones o situaciones conflictivas o problemáticas.

Para lograr una buena salud mental, no es necesario que sea el psiquiatra el único que emprenda por sí sólo la resolución de tan vasto problema. Más aún, el psiquiatra sin el auxilio de otras profesiones no podría hacer casi nada, o su labor estaría reducida a un papel estéril. El psiquiatra que haga higiene mental, tiene que contar con la colaboración de otros profesionales de la salud pública y tiene que servirse, primordialmente, de la ayuda de dos elementos sociales básicos: los padres y los maestros.

Tanto los padres como los maestros, tienen en el educador sanitario un consejero valioso en todo lo que se refiere a la salud, y mejor todavía, si este educador sanitario ha recibido entrenamiento en técnicas de higiene mental. Conjuntamente con ellos, las enfermeras de salud pública representan otro nexo técnico en el programa de salud mental y a ellas, especialmente, debe estar dirigido un adiestramiento muy especial en estas técnicas. Hasta el presente, no se ha formulado un plan uniforme de adiestramiento en higiene mental para todos los países, pues se piensa que en cada región existen condiciones sociales diferentes y técnicas de enseñanza acordes con las necesidades del país. La enfermera de salud pública es el mejor ayudante del psiquiatra en la campaña de higiene mental, ella, más que ningún otro miembro de la colectividad, es la que tiene las mejores oportunidades de contribuir a la labor profiláctica en higiene mental, mediante sus consejos a los padres para el cuidado de los lactantes y de los niños. Por desgracia, casi nunca se les ha preparado para esta labor; esto ha ocurrido en países de gran desarrollo industrial en el que enfermeras muy bien preparadas para asesorar a las madres en el cuidado físico de los niños, se han quedado en estado de completa ignorancia sobre los principios de la higiene mental de la infancia. Si la medicina profiláctica ha de contribuir a la conservación de la salud física, la inclusión de ese adiestramiento en el programa de estudios de la enfermera de salud pública, es un elemento de primera importancia.

Hemos dicho más arriba, que tanto los padres como los maestros contribuyen al buen éxito de la higiene mental o pueden contribuir a él; asimismo, hay otros grupos de personas de obligaciones análogas que pueden contribuir eficazmente a crear en las personas, que directa o in-

## INFORMACIONES SOCIALES

directamente están en contacto con ellos, hábitos armoniosos que propendan a una buena salud mental. Existen muchos profesionales cuya labor, aunque no relacionada en forma directa con la sanidad, pueden influir poderosamente en promover la higiene mental; entre ellos podríamos citar, como ejemplo: jueces, abogados, directores de centros penitenciarios, dirigentes de organizaciones juveniles, supervisores industriales, dirigentes sindicales, consejeros de orientación vocacional o en orientación matrimonial, etc. La instrucción de estos grupos en los principios básicos de la higiene mental necesarios para que en su labor cotidiana puedan aportar una contribución eficaz en este campo, constituye actualmente una parte importante de la educación sanitaria del público.

Si queremos lograr reunir elementos de juicio con el fin de establecer pautas colectivas en cada comunidad, debemos conocer los patrones culturales de cada una de ellas, e investigar todos aquellos elementos sociales que sirvan al logro de los fines propuestos. La sociedad es un producto de factores heterogéneos y complejos, y la vida colectiva tiene diferentes muestras de su actividad. Dentro de la sociedad y dentro de sus normas culturales, se desarrollan los individuos y la conducta de éstos estará determinada en parte por las tendencias culturales de su grupo. El concepto mismo de la salud, varía enormemente en cada cultura y de acuerdo a la concepción médico-filosófico imperante; desconocer estos factores, sería desconocer las normas sociales que rigen a los individuos y estaríamos pretendiendo el encasillar a los grupos humanos dentro de normas pre-establecidas y concordantes con patrones fijos y correspondientes a una determinada forma de manifestación socio-cultural. Este problema es tanto más complejo en nuestro país, cuanto que él es un conglomerado racial y cultural cuya síntesis estamos muy lejos de haberla logrado. Conviven en nuestro medio criterios culturales dispares y anti-técnicos, pese a lo cual hablamos del hombre de nuestro medio como una realidad lograda, como una entidad cultural visible. La discrepancia de criterios culturales repercute en el campo médico y especialmente en la psiquiatría, en la que las fuerzas de la cultura son valoradas mucho más sutilmente. Teniendo presente que la psiquiatría se mueve dentro de entidades cuyas expresiones visibles son manifestaciones y expresiones, habladas, escritas, esculpidas o dibujadas, el psiquiatra tiene que aprender a comprender los símbolos culturales y las formas del vivir cotidiano de cada sociedad; desde los actos más simples y primitivos, como el nacer y el amamantar, hasta las normas más complejas de la vida social: la formación de la familia, la economía, los intercambios culturales, etc., representan etapas del desarrollo de la personalidad.

La salud y la enfermedad entran en juego constantemente en cualquier sociedad y lo que interesa es saber la interpretación que se les dá. Las enfermedades mentales son concebidas como pruebas de superación, actos divinos o posesión demoníaca por algunas sociedades; los esquizofrénicos son considerados, en muchas culturas primitivas, como seres excepcionales, dotados de condiciones para el mando, y de hecho se busca a

## INFORMACIONES SOCIALES

este tipo de personalidad para conducir a la tribu. Al mirar nosotros la enfermedad con los ojos de nuestra cultura, debemos comprender que los otros la contemplan desde otro ángulo de valores. El fomentar, por eso, en nuestro medio la investigación de los factores biológicos, psicológicos y culturales que determinan la personalidad representa el acercamiento con objetividad al problema del hombre en nuestro medio.

Uno de los aspectos que más se presentan para estudiar el desarrollo de la personalidad es, por ejemplo, el de la toxicomanía, o el de la delincuencia. Entre nosotros tenemos amplio material de estudio a este respecto puesto que nuestro país tiene un extenso sector de la población que practica la toxicomanía como una norma cultural, a través de la coca. ¿Qué factores lo condicionan, qué disposiciones socio-culturales existen para su continuidad?, etc. Son cuestiones que invitan a investigar aún más de lo hecho, como los trabajos tan importantes que realizara el Dr. Gutiérrez Noriega. En la delincuencia y en los llamados delitos sexuales podemos ver mejor aún, muchísimos problemas psiquiátrico-sociales cuyas raíces están en la educación y en las relaciones familiares del sujeto, aquí entran factores biológicos, factores intelectuales; la inmadurez emocional, la herencia social y especialmente dentro de ella, las características culturales y emocionales de la familia en que nace el niño. La delincuencia es un problema cultural que abarca toda la vida del hombre y las raíces hay que buscarlas en el hogar; la higiene mental y la psiquiatría social tienden a interesarse cada vez más en este problema, pues es previniendo, mejorando los hogares, creando estabilidad en la familia y armonía entre sus miembros; estableciendo normas de autoridad paternas, lógicas y razonables y una más amplia comprensión de los maestros hacia los problemas de conducta de sus educandos, tenderá, por lógica consecuencia, a mejorar las relaciones del niño y a crearle un ambiente de seguridad y de autoridad firme, por lo tanto, a disminuir los problemas delictivos en la sociedad.

La investigación debería hacerse, igualmente, sobre la relación que existe entre la estructura de la personalidad individual y la estructura de normas de conducta y relaciones del grupo social. A este respecto se ha sugerido en muchos países que una investigación interesante sería, la de estudiar los diferentes sistemas que existen en las diferentes culturas del cuidado de la infancia y la repercusión que este cuidado tiene en la conducta posterior del hombre. Como ejemplo, podríamos citar los trabajos de M. Mead, de M. Ribble, de R. Benedick, de Spitz, de Bowlby y Roudinesco. A este habría que agregar, los trabajos de A. Freud y Burlingame sobre los niños sin hogar y lo que significa para éstos, el ser cuidados en puericultorios, los efectos nocivos que para la salud mental tiene este cuidado multitudinario y anémico de afecto. Las técnicas del afrontamiento humano tienden, justamente, a crearle al niño, al hombre en cualquier edad, un ambiente favorable en afectos y en comprensión frente a su necesidad. La psiquiatría social y la higiene mental han comprobado el daño que tiene para la salud psíquica, la educa-

## INFORMACIONES SOCIALES

cación impersonal y fría de los establecimientos para niños desamparados.

En el campo del niño la psiquiatría social y la higiene mental han desplegado sus mayores esfuerzos y es ahí dónde han obtenido hasta el presente, sus mejores resultados en lo que a preservación de la salud mental se refiere. Los expertos en psiquiatría social e higiene mental están de acuerdo en que de las especialidades médicas son la obstetricia y pediatría las primeras colaboradoras del psiquiatra en este campo, aparte naturalmente del psicólogo infantil. La gestación y la maternidad involucran cambios emocionales notables y los especialistas deben conocer principios psicológicos fundamentales para orientar a una mujer ansiosa, insegura, o agresiva, etc. Desde el momento en que las investigaciones sobre el desarrollo y la conducta del niño han demostrado y puesto en claro, con rigor científico, la importancia que tiene para el desarrollo y madurez de funciones en el niño la presencia de la madre o del sustituto afectivo de la misma, se ha hecho indispensable conocer las reacciones y tensiones emotivas de las mujeres gestantes o lactantes, pues de la educación que ellas comiencen a dar, dependerá la futura conducta del niño, del adolescente, del adulto y del anciano. Los servicios de salud pública, por intermedio de centros de salud, deberán ayudar a toda madre gestante a resolver los problemas emocionales que se presenten. En esta labor el obstetra deberá contar con la ayuda de las enfermeras de salud pública y con los educadores sanitarios, quienes son los llamados a informar a los padres de familia de las diferentes etapas por las cuales pasará la madre y las repercusiones que su embarazo tendrá en la economía general de su organismo y en las reacciones emocionales. Igualmente cada madre gestante debería recibir durante este período, información sencilla sobre el desarrollo neuro-psíquico de su futuro hijo y de cómo deberán ser las relaciones afectivas entre ambos.

Dicen Rodger y Roudinesco, refiriéndose al primer año de la vida, qué "los conocimientos de asepsia, higiene de la alimentación y de epidemiología adquiridos durante el siglo XIX han contribuido en algunos países a un sistema de higiene para los lactantes y niños, que subordina las necesidades psicológicas del ser humano joven a sus condiciones fisiológicas. El equilibrio debe ser restablecido, y no correr el riesgo de salvar la vida de los niños a costa de una atrofia permanente en el desarrollo de la personalidad. Muchas prácticas actuales en el cuidado de los lactantes son perjudiciales para el desarrollo del niño y, asimismo, para la salud mental del adulto de mañana: los horarios rígidos de alimentación y sueño, el trato impersonal del niño, el entrenamiento de limpieza prematuro e intolerante, la restricción del movimiento infantil y la hospitalidad evitable y prolongada".

En otra parte dicen: "Las reglas de higiene física deben ser aplicadas flexiblemente, recordando que se aplican a seres humanos, a fin de no afectar, el evitar las amenazas físicas contra la salud humana, las

## INFORMACIONES SOCIALES

aptitudes en que se basa la salud mental". "El niño puede desarrollarse armoniosamente en el curso de su primer año solamente si existen relaciones entre él y su madre o la persona que la reemplaza. Cualquier interrupción en esta relación durante la primera infancia y especialmente durante el primer año, puede tener consecuencias serias y permanentes para el futuro del niño".

"Por consiguiente, los trabajadores de salud pública, (médicos, enfermeras, asistentes sociales), deben tratar de conservar, fortalecer y estabilizar esta relación aún si el niño nace en una familia normalmente constituida, los consejos que se le dan a la madre acerca del cuidado de la salud física del niño deben permitirle adaptar reglas de higiene a su propio ambiente y al medio cultural en que vive. Debe evitarse una disciplina demasiado estricta. Sólo así se evitarán problemas como las irregularidades en los hábitos alimenticios, hábitos de sueño y otros patrones de la conducta que se están desarrollando. Si un hogar se halla quebrantado por razones sociales, psicológicas o económicas, o si la madre debe criar a su hijo sola, los servicios de salud pública deben evitar toda separación del niño con la madre. Una razón adicional para mantener la relación entre madre e hijo es el hecho, a menudo olvidado por los administradores de la legislación social, que el cuidado de un niño separado de su madre resulta a la larga mucho más costoso que la ayuda económica directa a la madre".

Dicen Rodger y Roudinesco en su informe que "el establecimiento de salas y casas cunas para niños menores de un año que separan al niño de la madre debería ser considerado como una medida de emergencia impuesta solamente por la incapacidad de la comunidad de ayudar a las madres a cuidar ellas mismas a sus hijos".

"Las razones en favor de tal política no son sólo de orden económico, pues es precisamente en casos de un hogar quebrantado que la madre necesita ayuda psicológica que le permita continuar una relación emocional satisfactoria con su hijo".

Sería realmente muy extenso que nos ocupáramos de todos los problemas que la higiene mental suscita frente al niño en sus primeros años. Estamos acostumbrados a contemplar al niño enfermo y no al niño sano, al hombre enfermo y no al hombre sano y este cambio de actitud, el de evitar la enfermedad, tiene forzosamente que representar una revolución en el espíritu médico y en las tendencias personales de cada médico. Ver al hombre sano y evitar que se enferme demanda mucho más preparación médico-social que al clínico; contemplar al niño sano y conocer cuáles son las pautas para su normal desarrollo psicológico es tanto más importante para el pediatra que tener que enfrentarse con casos de niños físicamente enfermos; gravemente enfermos, y cuyas causas esenciales están en una perturbación profunda de la relación afectiva entre éste y su ambiente emocional, (madre o sustituto).

## INFORMACIONES SOCIALES

Todo médico que trata problemas de salud pública debería conocer todo lo relativo al desarrollo psicológico del niño en la primera infancia; cuáles son sus necesidades emocionales básicas; saber aconsejar a las madres desde el ángulo psicológico.

De muchos aspectos del desarrollo del niño que están íntimamente conexos con la higiene mental y son inseparables de ella, podríamos hablar in-extenso, pero rebasaría las posibilidades de una sola conferencia e impediría pasar revista a otros problemas de higiene psíquica. Con todo quiero puntualizar sobre un problema de salud pública conexo con la infancia y la maternidad, especialmente; me refiero a la separación del niño de su madre. El daño psicológico que la separación involucra ha sido muy bien estudiado por Bolwbyr en su libro "Maternal Care and Health" (Cuidado Maternal y Salud Mental). La separación produce siempre profundas dificultades entre la madre y el niño. Hay situaciones comprensibles y aceptables para que un niño abandone temporalmente a la madre; por ejemplo crisis familiares, desastres o enfermedades. Aún este último punto, y en especial, los desastres, han demostrado que por sobre la desgracia física que involucra una tragedia colectiva los niños tienden a presentar una situación emocional mucho más estable cuando permanecen con su familia que cuando son separados de ella; lo demostró últimamente Holanda al establecer el Doctor Querido, Director de Salud Pública y psiquiatra eminente, que ningún niño abandonaría a su familia después de las grandes inundaciones y tempestades que sufrieran las costas holandesas.

"Sabemos ahora a ciencia cierta, que la separación de un niño de su madre, aunque sea por un período relativamente corto, puede crear angustias con efectos profundos sobre el niño. Esto ocurre especialmente entre las edades de 6 y 30 meses. Por lo tanto, cuando la separación parece deseable, debería hacerse sólo después de haberse comprobado como esencial a base de un cuidadoso análisis de la situación. Será necesario evaluar, en cada caso particular, las necesidades contradictorias del niño; por un lado, su deseo de estar con la madre, y por otro, el de recibir enseñanza o tratamientos especiales, cuando se trate de niños enfermos o lisiados".

La higiene mental tiene íntima conexión con los problemas generales de la escuela. Cuando un niño llega a manos del maestro ha pasado muchos años, los primeros y fundamentales, rodeado de un ambiente material, moral y psicológico determinado por los padres. Al llegar a la escuela lo hace dotado de un determinado bagaje cultural, de una determinada dinámica social. Si bien es cierto que los niños llegan a la escuela para aprender determinados conocimientos y adquirir una determinada norma de conducta social y una cierta experiencia afectiva, ya el niño está premunido de normas de conducta social y afectiva. El maestro tiene que enfrentarse con el mundo invisible del niño y comprender la realidad social de cada uno de sus educandos. La escuela no es

## INFORMACIONES SOCIALES

un compartimiento estanco, que puede trabajar independientemente del exterior; la escuela requiere poseer una rica información sobre la vida de cada uno de los alumnos que asiste a ella. El maestro tiene que contar con la colaboración de los padres y del personal técnico, experto en problemas sociales y psicológicos: el psiquiatra, el psicólogo y la asistente social. El primer contacto que puede hacer un niño en edad escolar con un servicio médico, está dado por el examen anual de ingreso que tiene que hacerse al comienzo de las actividades escolares; este primer contacto con servicios médicos y especialmente con el servicio social escolar que envía al niño a un centro médico ad-hoc o que lo recibe en ese centro, puede proporcionar un primer contacto del niño y los padres con un psiquiatra o un psicólogo al comprobar en él, por la ficha de investigación social, algunos problemas de tipo emocional. El maestro, en el curso del año, es quien podrá hacer mejor que ninguno la apreciación de sus alumnos desde el punto de vista de la conducta, a la par que del rendimiento; es él quien estará capacitado, por lo tanto, para sugerir la entrevista del alumno y de los padres con clínicas de conducta. La entrevista de los padres con los maestros, con la asistente social, con el psicólogo y con el médico psiquiatra proporcionarán un panorama más amplio sobre la conducta del niño y con esta actitud se podrá lograr que la escuela se convierta no sólo en una trasmisora de conocimientos y en formadora de experiencias culturales y sociales; se habrá hecho algo más, se habrá creado un ambiente escolar favorable a la salud mental presente y futura del niño.

Toda institución social está planeada para promover las necesidades básicas del hombre promedio; los sujetos excepcionales permanecen fuera o al margen de las consideraciones generales de esta organización. El partir de este supuesto o juicio previo crea y mantiene un error profundo; el hombre medio no existe en uniformidad en todos los aspectos de la vida, cada hombre posee rasgos excepcionales, personales y distintos de cualquier otro hombre; es sobre estos rasgos diferenciales que se trabaja preferentemente con el fin de estimularlos o corregirlos. El sistema pedagógico ideal será aquél que contemple, dentro de sus programas, la suficiente flexibilidad como para aceptar al niño, como individuo, como ser distinto y único, con sus problemas, sus disposiciones y sus necesidades especiales.

La higiene mental confronta la primera gran experiencia sentimental del niño; esta primera experiencia es el inicio de su vida escolar, acontecimiento éste, de importancia excepcional en su vida que trae consigo muchos riesgos emocionales en potencia. Estos riesgos emocionales pueden presentarse a través de las siguientes situaciones:

- 1º.—Salida del hogar.
- 2º.—Primeras experiencias sociales en la escuela.
- 3º.—La maestra o maestro como substitutos del padre o de la madre y el problema de la polarización emocional.

## INFORMACIONES SOCIALES

- 4º—Las experiencias previas del hogar y confrontación con las experiencias de la escuela.
- 5º—Las relaciones interpersonales del maestro con el niño y del niño con el maestro.

La salida del hogar y la nueva relación establecida con la escuela es la primera y la más importante experiencia que adquiere el niño en su adaptación social; fundamentalmente ella establece un nuevo régimen de vida y nuevas exigencias sociales; todo este cambio requiere del niño nuevas adaptaciones psicológicas. Estas nuevas experiencias son, en sí mismas, fundamentales, pero ellas pueden reactivar, a su vez, antiguos traumatismos afectivos de inadaptaciones insatisfactorias producidas durante su crecimiento y relaciones con los padres.

El niño que va por primera vez a la escuela, adquiere su primera gran experiencia social al encontrarse con un grupo de niños de su misma edad. Este grupo social formado por niños, representa para cada uno de sus integrantes una experiencia distinta hasta las de ese momento experimentada; y para las cuales ninguno de sus recuerdos sociales les sirve; cada niño tiene así, que enfocar a la luz de nuevos contactos sociales, experiencias diferentes a las del hogar y las soluciones que tendrá serán también distintas.

El niño al ingresar a la escuela va a sustituir las imágenes de sus padres, especialmente la de la madre, por la de los maestros. La figura omnipotente de la madre será reemplazada por la nueva figura omnipotente y dadora de conocimientos de los maestros y serán ellos por lo tanto, quienes comiencen a influir básicamente en la vida del niño. El maestro modela y modifica la personalidad del niño a través de su propia personalidad y conducta. En los niños que pasan muchas horas con maestras, éstas llegan a ser consideradas como madres adicionales que comparten con los padres la autoridad sobre el niño durante el período plástico de su formación. Las primeras impresiones escolares y especialmente las primeras relaciones con maestros son indelebles y las actitudes de los adultos, en esa etapa, siempre dejan huellas profundas en la personalidad y en la conducta, puesto que las experiencias de los adultos son incorporadas por el niño.

Los citados tienen una especial importancia entre nosotros donde las diferencias de nivel cultural son notablemente bruscas. Hay grupos sociales en los que encontramos padres analfabetos y socialmente primitivos, en tanto que los hijos han comenzado a concurrir a la escuela y a establecer contacto con los maestros. La comparación de niveles de capacidad y de conocimientos que comienza a hacer el niño coloca a los padres en inferioridad de condiciones y las imágenes omnipotentes de los progenitores son rápidamente sustituidas por la imagen del maestro. La autoridad familiar sufre desmedro ante la realidad que el niño enfoca y los padres son considerados por el niño, más que con respeto y auto-

## INFORMACIONES SOCIALES

ridad, con sentimientos de protección y de minusvalía intelectuales. Está por establecer los conflictos que se generan en el alma infantil ante estas situaciones, que pueden ser el origen de algunas actitudes anti-sociales de los menores.

La higiene mental tiene otro campo de experiencia en las relaciones del niño con el hogar y la escuela; cuando éste concurre al centro educativo lleva como experiencias previas todo lo aprendido culturalmente en su hogar. Cada hogar varía sustantivamente en cuanto a patrones culturales; cada familia actúa en relación a los antecedentes de cada progenitor. Los grupos familiares tienen ideas muy peculiares respecto a la educación, a las costumbres, a la independencia o dependencia en las relaciones sociales. Muchos niños precedidos de un pasado social son sumamente difíciles de manejar si no se les conoce bien. Los niños engreídos, los hijos únicos, los muchachos que han vivido en excesiva independencia y carentes, por lo tanto, de la noción de responsabilidad, tendrán suma dificultad en participar del programa escolar y de hacer buenas relaciones con sus compañeros; por lo común, este tipo de alumnos son los que mayores problemas crean a sus maestros y los que comúnmente son los puntos de referencia para determinar la conducta de una clase.

Las relaciones de la maestra o del maestro con el niño o de éste con aquéllos es sumamente importante de conocer y explicar. Los maestros determinarán su conducta y su actitud social ante los alumnos en función de los incentivos que les llevaron a estudiar la profesión. Muchos pedagogos van a la enseñanza para satisfacer necesidades afectivas subconscientes y muchos problemas sociales los reflejan en su actitud en clase. Naturalmente que es muy difícil desligarse de los prejuicios sociales y contemplar el mundo de la escuela, libre de las incitaciones ambientales de su peri-mundo. El mundo en torno al maestro es un factor importantísimo para conocer su actitud y sus determinantes dinámicas, pues de él no puede desligarse. Cuando mayor estabilidad tenga el mundo ambiente, el peri-mundo del hombre-maestro será mejor como su actitud y su relación social con sus alumnos.

Estas inter-relaciones son muy necesarias e importantes para considerar todo problema que presente el niño, pues en muchos casos podrá encontrarse en reacción, un modo de obra que tenga una estructura proveniente de estas relaciones, aunque los mecanismos tengan una interdependencia subconsciente.

Otro factor a considerar en los problemas de higiene mental, es el de la capacidad de aprender y la forma que tiene el niño para lograr ese aprendizaje. Una de las capacidades hereditarias que poseemos es la capacidad de aprender, a la cual se suma el hecho de ser un factor innato; naturalmente a esto se apega el factor diferencial de la capacidad el cual es variable aún en la misma familia. ¿Cómo y hasta qué límite logra el niño esta capacidad? Depende en buena parte de la educación

## INFORMACIONES SOCIALES

recibida. Los padres muchas veces creen que los fracasos escolares se deben a la persona que enseña, lo que puede ser posible; otras veces suponen que el niño es objeto de hostilidad o incomprensión; se le cree otras más, incapaz, testarudo, flojo, perverso, etc. Los padres y los maestros, recurren muchas veces a este tipo de diagnósticos y procuran corregir empíricamente un problema cuyas raíces no están ni en una perversidad, ni en un estado de pereza, ni en la incapacidad pedagógica, etc. Pocas veces se detienen a considerar el hecho de los defectos, como físicos, psíquicos o emocionales. Una buena parte de los fracasos escolares se debe a estos tres factores, los que al tenerlos presente nos evita fracasos pedagógicos.

Si la escuela quiere obtener un buen desarrollo emocional del niño, es necesario que éste sepa por qué estudia y para qué aprende. La actitud normal es la que el niño logre determinadas metas dentro de una acción conjunta, de maestro y padres, con el fin de que obtengan metas u objetivos de satisfacción personal. Cuando un niño es obligado a estudiar por temor o deseo de agradar, normalmente, el fin o motivación no se cumple, y el niño obtiene un nivel en la clase a base de una relación malsana, emocionalmente.

La escuela debe preocuparse de muchos defectos físicos, si se quiere lograr de los niños con defectos, una buena salud mental. Dentro de este tipo están los niños que manifiestan síntomas neurológicos discretos o dificultades leves de la palabra, por ejemplo: cuando un niño es obligado a usar determinadas normas de aprendizaje físico como el empleo de la mano derecha siendo zurdo, puede crearle conflictos emocionales serios, sentimientos de inferioridad y aversión a la escuela. El manejo de estos niños requiere prudencia y tacto extremos. Muchos defectos físicos pueden ser superados empleándose al niño en determinadas actividades deportivas, disminuyendo así sus dificultades e integrándose equilibradamente dentro del grupo.

La higiene mental tiene que contemplar, dentro de sus directivas, los fines de la educación. Fundamentalmente los objetivos pedagógicos pueden moverse dentro de dos campos diferentes: un campo es el que considera la educación en sus objetivos destinada solamente a impartir conocimientos, a descubrir las habilidades específicas de cada alumno y conjuntamente desarrollar en el educando las facultades de pensar, razonar y discernir. Otros piensan que el objetivo de la educación es el ayudar al niño a crearse su propia vida, teniendo presente los factores actuales y futuros; un método basado en este objetivo siempre permitirá establecer relaciones sociales felices y satisfactorias así como las técnicas sociales permiten establecer un hogar, conectarse con su medio y ser un miembro estable de la colectividad. Para la higiene mental cuenta más este principio: el de la formación de la personalidad permitiendo el desarrollo del niño mentalmente sano.

La higiene mental tiene, necesariamente, que integrar su trabajo en la cooperación de la casa con la escuela y de ésta con el hogar. En

## INFORMACIONES SOCIALES

muchos problemas la solución de éstos sólo podrá lograrse cuando interviene, además de los grupos técnicos, los padres del niño. La escuela deberá recibir todos los datos del niño y su familia: actitudes de los padres; madres que trabajan; hogares deshechos por muerte, divorcio o abandono; posición del niño dentro del grupo familiar.

Los hijos únicos tienen casi siempre problemas especiales de adaptación social; también surge el problema del hijo menor, que es comparado con sus hermanos.

El maestro en general, debe someterse a las directivas de la higiene mental, siendo la persona, después de los padres, que más influye sobre la personalidad del niño. Es lógico pensar que su propia personalidad deberá poseer hasta donde sea posible, madurez emocional y salud mental.

La enseñanza, requiere selección de los que enseñen. No es concebible que el maestro exhiba graves desarreglos de la conducta social. En muchas Universidades o escuelas especiales de formación de maestros, éstos reciben orientación para sus problemas por medio de un psiquiatra.

El aprendizaje de la Psicología, por el maestro, deberá ser lo más completo posible y realizado en forma concreta y práctica. Por lo común, la Psicología es una asignatura en las carreras universitarias, carentes de sentido práctico y formando parte del curriculum como materia extraña y sin objeto. El maestro debe conocer lo mejor posible a sus alumnos, de esta manera comprenderá mejor los problemas individuales de cada niño. La escuela y el hogar tiene que trabajar conjuntamente con el psiquiatra, el psicólogo y la asistente social, en todo problema de conducta o conflicto psicológico del niño. El enlace de los padres, maestros y técnicos se hacen las clínicas de conducta, en donde el niño y los padres reciben la orientación adecuada. El maestro tendrá alguna vez, necesidad de diferenciar entre el alumno modelo y alumno tímido; los trastornos de la conducta; el trabajo deficiente de un alumno inteligente; las relaciones sociales desagradables de un niño incapaz de asociarse con otros.

Los maestros, como los padres, tienen que enfrentar muchos problemas psicológicos del niño, lo que requiere estar preparados para resolverlos.

Uno de los problemas que más frecuentemente preocupa, es el de la adolescencia. El cambio que se opera en los muchachos y muchachas es sustantivo y la dinámica de la conducta cambia fundamentalmente de dirección. Al establecer los maestros una relación profunda con los padres para enfrentarse a este problema, contando con el consejo del psiquiatra o del psicólogo, puede ayudar al niño a enfrentar tensiones durante ese período. Los problemas tensionales más frecuentes pueden estar centrados en la evolución de la infancia a la adolescencia y la emancipación gradual del hogar familiar; esta independencia va acompañada de negativismo hacia los padres: dudas, controversias, rebeldía de mayor o menor grado, desafío; transferencia emocional del

## INFORMACIONES SOCIALES

mismo sexo opuesto; despertar de actividades sexuales. La maduración fisiológica de la pubertad se torna a menudo, en ciertos tipos sociales, difícil por ignorancia, miedo o sentimiento de inseguridad. Buena parte de los adolescentes tienen que prepararse, al dejar la escuela, para entrar a formar parte de los miembros económicamente activos del grupo familiar. Los cambios bruscos de situación, de la dependencia o pasividad económica a la independencia y alta responsabilidad social pueden determinar en muchos adolescentes tensiones emocionales intensas.

Tendríamos que referirnos a otros problemas de menores como son los niños lisiados e los débiles intelectuales, forma de enseñanza y manera de adaptar sus situaciones psicológicas frente a las necesidades sociales y personales. Todo esto es un problema de tremendas consecuencias que habrá que abordar algún día en nuestro medio en forma integral.

Otros problemas sociales interesan, naturalmente, a la higiene mental: la industrialización de cada país, la vida agrícola, la selección vacacional, el cuidado de los ancianos, etc.

La higiene mental tiene en la industria un papel útil en la actualidad, especialmente cuando se trata de ampliar la capacidad industrial de una país relativamente nuevo en esta actividad o insuficientemente preparado por las condiciones culturales de sus habitantes. Impulsar el desarrollo económico y, especialmente, la industrialización, en un país de escaso desarrollo sin la aplicación consciente de los conocimientos psicológicos, sociales y antropológicos para la prevención de los trastornos psicológicos, es poner en peligro la salud mental de aquella parte considerable de la colectividad cuya capacidad de adaptación psicológica es limitada.

La complejidad industrial moderna ha impuesto una mejor selección de las capacidades individuales, pues, no todos los que trabajan en ella poseen una aptitud general para todo tipo de ocupación laborativa. La especialización se ha hecho necesaria y fatal; y el descubrir quienes son los aptos para tareas específicas, corresponde al psicólogo vocacional quien, a su vez, representa un eslabón dentro de la cadena de técnicos que trabajan indirectamente en prevenir perturbaciones emocionales o malas adaptaciones al trabajo. Está visto y comprobado que la tecnología moderna requiere de sujetos específicamente dotados por la actividad que se pretende desarrollar en una industria; el colocar a hombres no aptos para esta clase de trabajo produce malestar en el grupo, rendimiento insuficiente y conflictos emocionales serios entre sus componentes. Se ha visto que cuando un grupo no es homogéneo el standard de rendimiento es muy bajo y la calidad del trabajo, deficiente. La vida moderna hace resaltar a los que poseen capacidades bien desarrolladas; pone en manifiesto, más que antaño, un número grande de deficientes intelectuales que en el pasado podían vivir de manera cómoda dentro de las actividades de la vida diaria sin ser notados muy marcadamente, porque las

## INFORMACIONES SOCIALES

Las actividades industriales de fines del siglo anterior eran menos complicadas que ahora. De ahí que con la aparición del maquinismo complejo y delicado de las industrias modernas hayan sido puestas de manifiesto dos tipos de sujetos: los deficientes y los neuróticos.

Los deficientes han sido eliminados de los trabajos complejos de las actividades industriales y dedicados preferentemente a las tareas del campo, a la ganadería, pequeñas industrias manuales, etc.

Los neuróticos presentan conflictos de adaptación muy serios en el trabajo que pueden manifestarse de diversas maneras. Estos conflictos están en relación con la imposibilidad de adaptarse a la modalidad laboral y a las formas y condiciones del trabajo. Estas manifestaciones pueden ser tanto, puestas de manifiesto en enfermedades somáticas: asma, úlceras, perturbaciones gastro-intestinales sin causa conocida, eczemas, trastornos cardio-vasculares; o bien, puestas de manifiesto en síntomas psíquicos: estados de ansiedad, agresividad definida, timidez exagerada, temblor, afonía, etc.

Por esta razón los servicios de higiene mental en la industria han ido adquiriendo considerable importancia. El médico psiquiatra se ha convertido paulatinamente en un orientador de las vocaciones y de las aptitudes, auxiliado por el psicólogo que tiene papel importante en la selección y capacitación de los individuos. El rendimiento industrial será tanto más alto y de gran eficiencia cuanto menor sea el número de sujetos desadaptados en esa labor y cuanto menor sea el número de personas con bajo coeficiente intelectual. La industria requiere cada día un mayor número de técnicos altamente especializados, por lo tanto, dotados de capacidad intelectual y técnica ad-hoc para dicha actividad. Los propios patrones han sido llamados a colaborar en la campaña en pro de la salud mental de los hombres que trabajan en la industria y los resultados obtenidos siempre han sido muy alentadores. Si tenemos presente la cantidad de tiempo que el hombre descontento pierde en la fábrica discutiendo o generando resentimientos, conflictos y agresiones hacia sus propios compañeros o hacia sus jefes; si pensamos cuánto tiempo gasta el obrero en tratarse enfermedades somáticas que son expresión de su tensión, de su inseguridad, de su angustia vital, estaremos haciendo un beneficio positivo a la higiene mental, y debemos tratar de establecer o mejorar aquellos servicios que propenden, dentro del campo de la salud pública, a la salud mental de los obreros en la industria.

## FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

En la actualidad es sumamente difícil establecer exactamente el número de enfermos mentales, desde que no tenemos estadística de las regiones sobre este aspecto y los datos que existen son en realidad imprecisos. La morbilidad psiquiátrica es mal conocida en nuestro medio; hablamos de que existen muchos enfermos mentales en tal o cual región del país, pero no podemos afirmar o negar lo que el público dice. Para poder lograr un índice aproximado de morbilidad psiquiátrica tendríamos

## INFORMACIONES SOCIALES

que llevar a cabo encuestas que estén destinadas a suministrar datos precisos sobre la frecuencia de los trastornos mentales. Estas encuestas tendrían dos objetivos fundamentales: primero para conocer el número aproximado de casos que necesitan cuidado psiquiátrico y poder llevar a efecto la organización de los servicios psiquiátricos; en segundo lugar, para establecer estudios comparativos sobre la proporción de trastornos mentales en los diferentes tipos de sociedades y en diferentes grupos sociales y profesionales; desde el punto de vista teórico, esto tiene un sumo interés.

El interés por la investigación de la morbilidad psiquiátrica está demostrado por muchos investigadores, quienes opinan que en las zonas económicamente sub-desarrolladas, los trastornos mentales son mucho menos frecuentes (algunas de esas regiones). Han sostenido por ejemplo, que en las tribus africanas los trastornos mentales son diez veces menores que en Europa Occidental y que en América del Norte. Otro grupo de investigadores opinan, por el contrario, que si los trastornos mentales considerados como ligados al ambiente, varían considerablemente de un lugar a otro, los otros trastornos mentales tienen una frecuencia más o menos constante en todas las sociedades. Todo concuerda en que los cuadros clínicos de los trastornos mentales y aun su pronóstico difieren de una sociedad a otra. En Europa y en Norte América (Estados Unidos y Canadá), los trastornos mentales representan un problema sanitario mayor: requieren el 40% o más del conjunto de camas hospitalarias. Deberían hacerse encuestas de colectividades tipo, para estudiar la morbilidad psiquiátrica, según las colectividades, los grupos sociales y los tipos de civilización. La epidemiología de las enfermedades mentales es estudio fundamental, pero hasta el presente bastante descuidado.

### CAPACIDAD MINIMA DE HOSPITALES PSIQUIATRICOS

Pese a no conocerse con exactitud el índice de morbilidad psiquiátrica es necesario establecer un mínimo de camas para enfermos mentales, a fin de permitir su aislamiento y tratamiento, de aquellos que constituyen un peligro o que representan un grave problema a la colectividad a que pertenecen; aunque en la actualidad ésta no es la única función del Hospital Psiquiátrico, debido al progreso social y no debe limitarse a estos únicos casos.

De acuerdo a cálculos hechos en países europeos y norteamericanos, se dispone de tres camas por cada mil habitantes para casos psiquiátricos, de los cuales un tercio de ellas está destinado a casos peligrosos o a problemas de la colectividad. En los países poco desarrollados los expertos estiman que debería ser necesario una cama por cada 10,000 habitantes; teniendo en cuenta que las comunidades urbanas requieren un equipo hospitalario mucho más importante y complejo que las comunidades rurales. Si nosotros tomáramos esta proporción para nuestro país, tendríamos el siguiente cálculo: una cama por cada 10,000

## INFORMACIONES SOCIALES

habitantes, y siendo el Perú un país cuya población se calcula en 10'000,000, nosotros requeriríamos 10,000 camas como mínimo para asistir a nuestros pacientes mentales, de las cuales habría que reservar de 3 a cuatro mil para pacientes que representan un peligro real para la colectividad. En la actualidad sólo tenemos mil camas en el único hospital psiquiátrico y un total aproximado de doscientas camas para pacientes psiquiátricos en hospitales del Seguro Social y Clínicas particulares, o sea, mil doscientas camas en total. Estamos muy por debajo de nuestras necesidades reales inmediatas. Desgraciadamente este problema demanda un volumen económico grande y la solución no puede darse íntegra de inmediato; la solución tendrá que hacerse en forma paulatina y siguiendo un plan previamente trazado. Los expertos de la Organización Mundial de la Salud, opinan que cuando una colectividad no está en capacidad para proporcionar la asistencia en el volumen mencionado, quiere decir que no podrá hacerse la asistencia psiquiátrica más elemental, cualquiera que sea su nivel económico. Naturalmente que la organización de servicios intramurales debe ir acompañada de servicios externos, de dispensarios o consultorios o clínicas, que faciliten la atención de los enfermos ambulatorios y que permitan, además, el despistaje temprano con el fin de hacer una efectiva campaña preventiva con el auxilio del propio hospital.

El hospital psiquiátrico está llamado a cumplir una doble función en sus actividades extra-hospitalarias, estas funciones son las de prevención y educación. De acuerdo a los consejos que dan los expertos, los médicos psiquiátricos deberían ocupar la tercera parte de su tiempo para ponerse en contacto con el público y hacer, así, una labor de aproximación y comprensión de los problemas psiquiátricos y de higiene mental. Es mucho más eficaz que la propaganda escrita o irradiada, el contacto personal de los médicos con grupos sociales determinados para que hagan llegar, a través de ellos, sus enseñanzas a la colectividad. La propaganda no deberá hacerse nunca sobre las enfermedades mentales, pues esta posición representa un factor negativo; la mejor propaganda que puede hacer el médico es aquella que va dirigida a cómo asegurar la salud mental, es decir, hacia un fin positivo. Al gran público hay que explicarle cuáles son las necesidades básicas del ser humano, pues la inmensa mayoría desconoce estas necesidades. Para esta labor se prefiere escoger, en países donde existe una buena preparación de Técnicos en Salud Pública, a los llamados trabajadores de salud pública. Entre nosotros la formación de estos trabajadores está siendo muy bien llevada en el campo de los problemas físicos y posiblemente dentro de muy poco la preparación técnica contará dentro de su programa los cursos básicos de higiene mental. Por la índole de su trabajo estos técnicos pueden seguir a los individuos en su propio hogar, sobre todo aquellos que atraviesan períodos de tensión emocional. Tenemos problemas frecuentes en los que la asistente social y la enfermera de salud pública, por ejemplo, pueden entrar en contacto con determinadas situaciones de tensión y que ellas pueden convertirse en consejeras y orientadoras; esto lo vemos en los problemas derivados del

## INFORMACIONES SOCIALES

embarazo o de los cuidados post-natales en los que las mujeres de nuestro medio no tienen muchas veces una noción clara, en estas circunstancias es muy fácil y práctico el poder establecer medidas de higiene mental y educar a la familia para que aprenda a enfrentar problemas similares. El psiquiatra tiene, por medio de estos técnicos, la oportunidad de ponerse en contacto con la familia y establecer en forma sencilla cuáles son los principios generales y básicos del desarrollo psicológico del niño y dejar sentado el papel psicológico que juega la madre en la crianza. De esta manera el psiquiatra está instruyendo en forma positiva y está educando para el futuro, no está hablando negativamente pues no ha tenido que referirse a los enfermos mentales. La psiquiatría está abriéndose camino, por eso, a través de la higiene mental, para que en la preparación del personal de salud pública de cualquier país se incluya en los programas de enseñanza los cursos de higiene mental.

Dicen los expertos de la OMS, en materia de Higiene Mental, que la educación pasiva debe ser abandonada y preferida la educación activa del público por medio de charlas a grupos homogéneos. La colaboración de los grupos humanos es mucho más fructífera que la lectura de folletos.

Dentro del criterio de la higiene mental el psiquiatra debería estar siempre en contacto con los otros médicos para establecer un lazo entre las actividades de cada especialidad, no solamente con los médicos que trabajan dentro del hospital, sino también con los que trabajan fuera de él. El ideal sería que fuera médico consultor en un hospital general. En esta forma quedarían establecidos los puntos de vista de cada especialidad y los médicos generales tendrían oportunidad de comprender mejor los trastornos psiconeuróticos y psicósomáticos. Igualmente los psiquiatras podrían modificar muchos puntos de vista, cuando éstos trabajen exclusivamente dentro de un hospital psiquiátrico, para establecer un diagnóstico más objetivo, si se quiere. Los psiquiatras olvidan muchas veces que los psicóticos son el número menor dentro de la especialidad, en tanto que los neuróticos ocupan un número mayor dentro de la actividad del médico general. Cuando el psiquiatra trabaja exclusivamente en un hospital psiquiátrico parten del error de creer que el número mayor son las psicosis. El contacto del psiquiatra con los problemas médicos que plantea el hospital general hace ampliar su horizonte y anular el foco que separa al psiquiatra de gabinete, del psiquiatra de hospital.

**Servicios psiquiátricos**

Hay una serie de aspectos a considerar dentro de este rubro; A) los tratamientos extra-hospitalarios; B) el hospital sin camas y C) los servicios de hospitalización.

A) Tratamiento extra-hospitalario.—La mejor vía es establecer una red de servicios conexos con el hospital psiquiátrico y que serían las puertas de entrada a él. Los mejores servicios y que responden a una doble necesidad, preventiva y de tratamiento son:

## INFORMACIONES SOCIALES

- 1º—Servicios externos para niños.
- 2º—Servicio externo de psicoterapia.
- 3º—Servicios externos para epilépticos.
- 4º—Servicios externos para alcohólicos.
- 5º—Servicios externos de sostén.

B) El hospital sin camas.—En los programas asistenciales modernos es una adquisición muy valiosa el servicio del hospital sin camas; este sistema permite que los pacientes puedan asistir a su tratamiento durante el día en el hospital y luego reintegrarse a su hogar, cuando las condiciones del paciente lo permiten. De esta manera la capacidad del hospital puede doblarse para la asistencia de pacientes con la permanencia diurna de una parte de ellos. El hospital psiquiátrico se convierte, también, en la puerta de entrada del hospital psiquiátrico en un momento dado. Quienes más se benefician con este sistema de sostén son los neuróticos.

C) Servicios de hospitalización.—Estos servicios tienen que ser contemplados desde diferentes ángulos, siendo el más importante el aspecto administrativo puesto que sobre él va a girar la asistencia de los pacientes. Los aspectos técnico-administrativos a considerar son los siguientes:

a) Duración media de la estancia; b) proporción de salidas; c) capacidad de absorción de pacientes por el hospital; d) costo medio de la hospitalización; e) proporción de reingresos en relación a las salidas; f) el ambiente del hospital; g) el tratamiento psiquiátrico; h) los clubs terapéuticos del hospital; i) el personal (dentro de éste acápite hay que estudiar las calidades que debe tener: 1º el médico-director, 2º el personal médico del hospital, 3º el personal de enfermería especializado en psiquiatría); j) equipo terapéutico; k) arquitectura del hospital; l) servicios administrativos. Este rubro por su extensión e importancia merece un trabajo aparte, del cual nos ocuparemos en otra oportunidad, pues la estructura técnico-administrativa y arquitectural del hospital psiquiátrico ha adquirido significado considerable.

Dentro de la asistencia psiquiátrica hay que considerar en la actualidad una serie de servicios que anteriormente no guardaban relación alguna con la asistencia de este tipo, nos referimos a la colocación familiar y cuidados domiciliarios; a los establecimientos para ancianos; a los servicios psiquiátricos en los hospitales generales y a los servicios psiquiátricos especiales. En la actualidad los cuidados post-hospitalarios son tanto o más importantes que el tratamiento psiquiátrico, pues el paciente que sale de alta, requiere ser devuelto a un medio propicio, comprensivo y positivo dentro del cual los resultados obtenidos van a acentuarse y por lo tanto los adultos que lo rodean deberán recibir información especial para aprender a conducirse con él; muchas veces los pacientes han fracasado en su reincorporación al mundo social por culpa de las personas que los acogieron al salir. Al organizarse la asistencia psiquiátrica hay que tener presente el poder contar con pensionados para convalecientes,

## INFORMACIONES SOCIALES

dirigidos por personal adiestrado y para pacientes que no tienen familiares o para enfermos que no les es posible vivir temporalmente con la familia. Asimismo los establecimientos para ancianos no deben adoptar necesariamente la estructura rígida de un hospital, salvo que se trate de casos francamente anormales, física y psíquicamente, y que necesitan los cuidados de sala de hospital. Para los ancianos, las organizaciones familiares de tipo pensión son las más indicadas.

En realidad, la higiene mental como técnica aplicada al campo de la salud pública, es amplia y abarca diversos sectores. Lo importante es poder contar con una oficina que centralice los esfuerzos dispersos y múltiples que en muchos sectores se realizan en favor de la salud mental. El Perú, como otros países, preocupado por el progreso de los servicios técnicos destinados a la salud, estableció hace dos años el Departamento de Higiene Mental en el Ministerio de Salud Pública, dependiente de la División de Higiene, dentro de la Dirección General de Salud Pública. La concepción y organización que se le ha dado al Departamento está dentro de los modernos lineamientos sobre la materia. Es, naturalmente, tarea ardua, y larga, la de lograr en forma paulatina que se estructuren, construyan y funcionen hospitales psiquiátricos, granjas para crónicos, centros preventivos para niños, adolescentes, adultos y ancianos; servicios que deberán abarcar clínicas de hábitos, de conducta, dispensarios de higiene mental; centros dispensarios para alcohólicos, para narcómanos, para epilépticos, etc. La labor de los técnicos es, además, del contacto médico a través de la entrevista con núcleos homogéneos de la población, charlas ilustrativas que instruyan al público en las normas de vida para obtener una buena salud mental. Necesitamos aquí en el Perú, por lo tanto, no solamente equipos y edificios, sino también requerimos de médicos psiquiatras, higienistas mentales y técnicos sociales en número apreciable para emprender esta fase de la lucha sanitaria por el mejoramiento de nuestra colectividad.

«O»

# La Seguridad Social en el Reino Unido

JORGE A. VALCARCEL Dpto. de Estudios Sociales y Económicos  
Caja Nacional de Seguro Social Lima — Perú.

Al analizar o hacer un enfoque crítico de los programas de Seguridad Social en el Reino Unido, debiera siempre tenerse presente el aserto del profesor norteamericano Karl de Schweinitz, cuando establecía que: “Nosotros podremos diferir de Gran Bretaña en nuestros esfuerzos para cumplir un programa de seguridad social, pero no podemos planear adecuadamente la misma, sin tomar en consideración sus ideas”.

En realidad, esta afirmación tiene plena vigencia para cualquier otro país, particularmente en ocasiones en que sus programas de previsión se hallan a punto de ser iniciados, reformados o ampliados.

Adelantaremos precisando que aún cuando como ciencia, la cabal comprensión de la previsión, exige versación y estudios especiales, como inquietud humana, debe concitar la atención pública, e integrar toda cultura general, pues en esencia ella sólo pretende perfeccionar nuestra organización económica y social, dando cima a una preocupación ancestral que va desde los tiempos primitivos a las sociedades contemporáneas.

Completaremos esta introducción, recordando que la seguridad social es un proceso más que una simple idea o institución, y que persigue como objetivo inmediato garantizar la cobertura de riesgos económicos de acaecimiento involuntario y en algunos casos imprevisibles, mediante el concurso del grupo social y bajo el patrocinio estatal.

Poseyendo hoy día Gran Bretaña, el más completo esquema de seguridad social en el mundo, haremos una sumaria exposición de sus lineamientos fundamentales.

## INFORMACIONES SOCIALES

### LA ESENCIA DE LOS PROGRAMAS BRITANICOS

Aunque como inquietud de gobernantes y escritores, esta disciplina concitó la preocupación de unos y otros en el Reino Unido desde hace más de seiscientos años, antes que en ningún otro país, son las reformas adoptadas hace un decenio, las que han atraído la atención de estudiosos y público en general.

Ellas se propusieron brindar protección a la población total del país (aproximadamente cincuenta millones de habitantes) contra las emergencias que en forma involuntaria atentaran contra su seguridad económica.

Este enunciado implicó el planteamiento de dos problemas cuyo recuerdo es indispensable: 1º ¿Cuáles eran las contingencias que en esa sociedad debían ser calificadas como riesgos, y entre éstos, cuáles merecían la tutela social? y 2º ¿Podía el país pagarse las medidas asistenciales encaminadas a contrarrestarlos?

De la absolución del primero dependía la evaluación técnica del concepto de riesgo social, y de la segunda, la exacta apreciación de la capacidad de la economía pública y privada para asumir las obligaciones impuestas por las proposiciones que eventualmente fueran presentadas, pues en última instancia, los programas de previsión como todo beneficio social, imponen a un país una carga económica, cuyas repercusiones pueden en casos crear o agravar un proceso de inflación, haciendo insuficientes en el tiempo los beneficios garantizados.

En orden al primer punto, es decir, al estudio de las necesidades de la población en cuanto a la seguridad social, muy importantes estudios y encuestas, habían dilucidado sus causas originarias y sus consecuencias socio-económicas.

Durante el curso del siglo pasado, las ideas Victorianas influyeron en el enfoque de este problema, sosteniendo que el hombre por sí mismo, con sobriedad y trabajo, podía prevenir y afrontar el acaecimiento de sus propios riesgos.

En armonía con esta tendencia liberal, el Estado proveyó asistencia, en muy restringidas condiciones, a través de la Ley de Pobres, dejándose librada a la previsión privada la organización de auxilios mediante instituciones mutuales o caritativas.

Sin embargo, a despecho de tal radical planteamiento, a cuyo amparo el Estado limitaba su esfera de intervención económica, las investigaciones llevadas a cabo en el presente siglo, demostraron que pese a la existencia de las virtudes exaltadas por el pensamiento Victoriano, ha-

## INFORMACIONES SOCIALES

bía factores ajenos al control individual que atentaban gravemente contra la economía familiar, resintiendo la organización social.

Booth, Rowntree, Bonley y Bennet Hurst, demostraron mediante encuestas verificadas en cinco ciudades industriales, que la pobreza registrada en las mismas obedecía primordialmente a las siguientes causas:

- 1º Salarios insuficientes para cubrir un mínimo presupuesto familiar.
- 2º Familias tan numerosas, que sus necesidades no podían ser satisfechas con los salarios ordinarios, apenas suficientes para mantener una familia corriente sobre la "línea de pobreza".
- 3º Interrupción de ganancias debida a enfermedad, desempleo, vejez o muerte prematura del jefe de familia.

Años más tarde, cuando la Comisión Beveridge realizó el inventario de los programas preexistentes al año 1941, incidió sobre estas comprobaciones, afirmando... "Durante estos años, imparciales autoridades científicas llevaron a cabo investigaciones sociales acerca de las condiciones de vida en algunas de las principales ciudades de Gran Bretaña, incluyendo Londres, Liverpool, Sheffield, Plymouth, Southampton, York y Bristol. Ellas establecieron las proporciones del pueblo en cada ciudad, cuyos ingresos económicos eran inferiores al standard que se presumía necesario para subsistir, analizando la extensión y causas de tal deficiencia. De todos estos estudios emanaron las mismas conclusiones, es decir, que la necesidad comprobada era debida en una proporción de 3/4 a 5/6 a interrupción o pérdida de la capacidad de ganancia. Prácticamente de 1/4 a 1/6 obedecía a fallas para relacionar los ingresos al tamaño de la familia...; la abolición de la pobreza requería pues una doble redistribución a través del seguro social, con vista en todo caso a las necesidades familiares".

En armonía con estas conclusiones, el Estado, en un cambio notorio de su posición liberal, creó los elementos destinados a contrarrestar los efectos antedichos.

En esencia: un programa de seguro social, la continuación de la Ley de Pobres, un régimen de pensiones no contributivas y la reparación del riesgo industrial por los empleadores, delínean el alcance de los esquemas de previsión vigentes con anterioridad a la Segunda Guerra Mundial.

## LA COMISION BEVERIDGE

Específicamente se encargó a ésta, llevar a cabo una revisión completa de los distintos esquemas existentes de seguro social y servicios conexos, con especial referencia a su mutua interrelación, con el propósito de formular recomendaciones orientadas a su unificación y ampliación.

## INFORMACIONES SOCIALES

El Informe publicado en 1942, con sus referencias, precedentes, premisas, recomendaciones y conclusiones, constituyó una de las más brillantes piezas producidas en esta especialidad, cuya consulta es inevitable para quienes se interesan en los programas de política social.

Prueba de la atención no sólo nacional, sino internacional con que fué recibido, se tiene al recordar el éxito de librería alcanzado por la obra entre las publicaciones oficiales, pues aun cuando la Segunda Guerra Mundial atravesaba el curso de sus peores años, sólo en seis meses se vendieron no menos de 250,000 números del Informe completo, 350,000 del Informe abreviado y 42,000 de la edición americana, sin tomar en cuenta la venta de las publicaciones en español preparadas posteriormente.

No era sólo la alta calidad técnica, la prolija investigación realizada y la amplitud de los programas bosquejados, los que concitaron la atención universal, sino además la trascendencia que la obra conllevaba en momentos en que los Estados beligerantes iniciaban el estudio de los esquemas de reestructuración de las bases sociales del mundo de post-guerra.

La Comisión hizo un estudio exhaustivo del desarrollo de la Ley de Pobres, Ley de Accidentes y Enfermedades Industriales, Seguros de Enfermedad, Desempleo, Vejez y Supervivencia, Pensiones no contributivas de Vejez, servicios públicos de Asistencia, servicios privados de Previsión, etc.

El plan final propuesto se basó en tres principios:

1º—Que aunque cualquier desarrollo futuro en este terreno debía utilizar la experiencia que brindaba el pasado, no debiera hallarse limitado por la misma.

2º—Que el Seguro Social no debiera ser considerado sino como uno de los instrumentos de progreso social; y

3º—Que la Seguridad Social debiera ser alcanzada mediante la cooperación entre el Estado y los individuos.

El acento esencial del Informe recae muy justamente en la lucha contra la miseria, a cuyo efecto se sugiere el perfeccionamiento de los sistemas estatales de Seguros, a fin de cubrir en todo caso el riesgo derivado de la interrupción o pérdida de capacidad de ganancia, enunciado que de hecho implicaba la ampliación del campo de la Seguridad Social, a fin de abarcar a todas las personas hasta entonces excluidas, y, paralelamente, la extensión de las contingencias cubiertas y elevación de escala de beneficios, pues estos deberían mantener relación con las necesidades familiares.

Como requisitos básicos para el funcionamiento del Plan propuesto, se abogó por la existencia de un servicio de salud abierto a toda la población, la creación de un sistema de asignaciones familiares y el mantenimiento de altos niveles de empleo.

## INFORMACIONES SOCIALES

Seis principios fueron enumerados a fin de corregir las deficiencias de los sistemas pasados:

- 1º—Beneficios a tasa fija.
- 2º—Contribuciones también a tasa fija.
- 3º—Unificación administrativa de los distintos servicios.
- 4º—Eficacia de los beneficios.
- 5º—Amplitud tanto en cuanto a las personas cubiertas por el seguro como a los riesgos garantizados.
- 6º—Correlación de beneficios a los distintos estatutos económicos de las personas comprendidas, tomando en cuenta las diferencias que existen entre quienes prestan sus servicios mediante contrato de trabajo y quienes trabajan por cuenta propia, quienes no tienen ocupación lucrativa, quienes por razón de menor edad no están afectos a la obligatoriedad del seguro y quienes por razón de edad avanzada están fuera del campo de aplicación del mismo.

La población total quedó pues, en esta forma dividida en distintas categorías sujetas en cuanto a contribuciones y beneficios, al sistema de tasas fijas dentro de cada una de las clasificaciones y teniendo en cuenta las diferencias de edad, sexo y estado civil.

En cuanto al Seguro Nacional, se financiaría con los fondos provenientes de las primas del asegurado, asegurador y el Estado, las que se harían efectivas semanalmente mediante el sistema de estampillas canceladas en una sola libreta. En todo caso se dejó claramente establecido que cualquiera que fuera el beneficio, éste sólo debería proporcionar los medios para lograr un mínimo de subsistencia, es decir facilitar un “paraguas de seguridad”.

Respecto al Seguro de Enfermedad, se recomendó un cambio de la práctica pasada, que probó ulteriormente ser una de las más importantes medidas adoptadas, es decir, que los beneficios médicos se organizaran sobre una base nacional, en forma gratuita, financiados directamente con fondos públicos, más una subvención del Seguro Nacional.

La Comisión recomendó la reforma de la Ley de Pobres y su conversión en la Junta de Asistencia Nacional para cubrir aquellos casos que quedaran al margen del Seguro.

Aparte de estas sugerencias se formuló finalmente la relativa al Seguro de Accidentes y Enfermedades Profesionales, el que pasaría a funcionar bajo un sistema de seguro social, dándose fin así al método anterior de compensaciones a cargo directo del empleador y en última instancia de las empresas privadas de seguros.

## INFORMACIONES SOCIALES

Aunque las leyes dictadas posteriormente se apartaron en algunos casos de estas recomendaciones, es evidente que en lo principal fueron adoptadas, y así en 1945 se dictó la Ley de Asignaciones Familiares, en 1946 la del Seguro Nacional, el mismo año la Ley de Riesgo Industrial y la del Servicio Nacional de Salud y en 1947 la relativa a la Asistencia Nacional.

### NUEVAS BASES DE LA PREVISION

Son cuatro fundamentalmente las bases que sustentan los programas actuales de previsión en Gran Bretaña:

1º *Seguro Nacional*.—Mediante éste, toda persona comprendida entre los dieciseis y los sesenta y cinco años en el caso de los hombres y sesenta en el de las mujeres, queda cubierta contra las contingencias que aparejan suspensión o pérdida de renta, o contra algunos desembolsos extraordinarios, es decir: desocupación, enfermedad en lo relativo a provisión de renta, maternidad, invalidez natural o profesional, retiro y muerte, comprendiendo pensiones de viudez y orfandad.

La población asegurada está dividida en tres grandes grupos:

- 1º Personas empleadas,
- 2º Personas auto-empleadas, y
- 3º Personas no ocupadas en actividad lucrativa.

Prestaciones y contribuciones se otorgan o exigen a tarifa uniforme para cada grupo, aunque con variaciones por razón de edad o sexo.

En el caso de las personas del primer grupo, las primas del asegurado se complementan con las del empleador y con la del Estado, y en los grupos restantes sólo con las de éste último.

El Seguro de Riesgos Industrial, en armonía con las recomendaciones de la Comisión Beveridge, funciona actualmente como una rama de seguro social, habiéndose dado término al antiguo sistema de compensaciones a cargo del empleador, librado en casos a arreglos inter-partes o en última instancia a la decisión del Poder Judicial.

La Ley de 1946 comprende a todas las personas empleadas, financiándose mediante el sistema de contribuciones tripartitas, y garantizándose beneficios en casos de accidentes del trabajo, enfermedades profesionales y muerte proveniente de uno u otra.

Las contribuciones y prestaciones se exigen u otorgan a tarifa fija, aunque de monto superior en relación a las otras ramas del Seguro.

Centros de rehabilitación se hallan disponibles para las víctimas de este riesgo.

2º—*Servicio Nacional de Salud*.—La provisión de servicios médicos generales y especializados, dentales, paramédicos, hospitalarios y farmacéuticos se garantiza en forma gratuita para toda la población.

## INFORMACIONES SOCIALES

La Ley de 1946 creó este Servicio encaminado al mejoramiento físico y mental de los ciudadanos del país disponiendo se financiara con fondos del Erario, más una contribución del Seguro social.

Algunas modificaciones posteriores han introducido ligeros pagos en el caso de prestaciones farmacéuticas, dentales y provisión de lentes y aparatos protésicos.

3º—*Asignaciones Familiares.*—También bajo un sistema no contributivo se creó el año 1946 el régimen de asignaciones familiares para el que se hallan calificados todos los hijos legítimos, ilegítimos o adoptivos, con excepción del primero. Se paga este beneficio desde el nacimiento del titular hasta los 15, o eventualmente los 16 años.

4º—*Asistencia Nacional.*—El sistema de asistencia nacional existente hoy en Gran Bretaña constituye un rasgo característico de sus programas de Seguridad Social, aparte de ser un medio generoso destinado a suplementar las contingencias no cubiertas por el Seguro Nacional.

La Ley de Asistencia Nacional de 1948 se propuso la terminación de la antigua Ley de Pobres y la institución de nuevos servicios de bienestar social a cargo de las autoridades locales.

La función más importante de la Junta es asistir a todas las personas mayores de 16 años que en Gran Bretaña por cualquier circunstancia se hallan sin recursos para subsistir o cuyos ingresos fueran insuficientes y por consiguiente necesitaren ser suplementados. Como su nombre lo indica, este es un servicio no contributivo que no exige más requisitos para el otorgamiento de sus beneficios, que la prueba de necesidad de la ayuda que se solicite, otorgándose incluso asignación por dependientes.

Se prevé tarifas standard, pero desde luego el beneficio debe ser adecuado estrictamente en cada caso a las necesidades del solicitante, prestándose especial atención en casos de ciegos, tuberculosos, etc.

Se complementa las tarifas básicas de asistencia general, con una asignación especial destinada al pago de la renta del inmueble en el que reside el solicitante, el que regularmente cubre la integridad de la merced conductiva.

Es evidente que estos beneficios están sujetos a estricto control, exigiéndose en su caso el registro del solicitante en una Agencia de Empleo o su asistencia a un centro de entrenamiento para su futura colocación.

## HECHOS Y CIFRAS

La Ley de Seguro Nacional entró en vigor en julio de 1948. Un año más tarde se habían registrado 10'000.000 de demandas de prestaciones, habiéndose efectuado en ese primer año 39'000.000 de pagos correspondientes a subsidios de enfermedad abonados a alrededor de un millón de asegurados; registrándose 135,000 nuevas demandas por semana.

## INFORMACIONES SOCIALES

Al 31 de marzo de 1950 se pagaban 468,000 asignaciones de viudez, 7,300 de tutoría y 4'200,000 pensiones de retiro.

El total de personas aseguradas a la fecha es de 24'000,000.

El seguro de Desempleo registró alrededor de 1'200,000 nuevas demandas que dieron lugar a cerca de 13'000,000 de pagos.

En el terreno de la Ley de Riesgo Industrial se atendió en el mismo período 15,000 solicitudes semanales totalizando 750,000 al año. En cambio las correspondientes a invalideces se mantuvieron por debajo de las 44,000 al año, pero un año más tarde alcanzaron a 80,000.

Al finalizar el año 1950, las asignaciones familiares eran pagadas a más de 3 millones de familias con respecto a 4'700,000 niños, recibándose 5,000 nuevas solicitudes a la semana.

Al último ejercicio administrativo el número de asignaciones familiares ascendía a 8 millones.

En materia de Asistencia Nacional, el monto total de los gastos al penúltimo año era de 126'600,000 libras esterlinas correspondientes a 1'761,000 asignaciones referidas a dos y medio millones de personas.

Del total de personas beneficiadas, 1'772,000 recibieron asignaciones a escala ordinaria y 53,000 invidentes más 36,000 tuberculosos fueron asistidos con tarifas especiales

En relación a este mismo punto, 1'230,000 asignaciones fueron pagadas como suplemento a los beneficios del seguro nacional: 938,000 a pensiones de retiro; 144,000 a los de seguro industrial: 100,000 a pensiones de viudez y 48,000 a los de desempleo.

**SIGNIFICADO Y APRECIACION**

La necesidad de aplicar fondos públicos a necesidades privadas e incluso los fundamentos acerca de la comunidad de recursos y riesgos tienen aceptación ya antigua entre gobernantes y gobernados.

En Inglaterra, una Proclama de Eduardo III en 1349, legalizaba la mendicidad como una forma de ayuda a los necesitados, con lo que evidentemente, se reconocía en esta transferencia de bienes de quienes los poseían a quienes no los tenían, un principio de solución al problema de la miseria involuntaria, pues ha de recordarse que sólo los inhábiles para el trabajo y los ancianos gozaban del derecho de ejercer la mendicidad.

Posteriormente se ordena la recaudación de limosnas en forma coactiva y por último en 1572 se autoriza a los Justicias de Paz la fijación de contribuciones semanales a todos los habitantes con el objeto de ayudar a los pobres.

Aunque no hay pues discusión sustancial acerca de la transferencia de fondos de uno a otro sector económico, hay sin embargo discrepan-

## INFORMACIONES SOCIALES

cia cuando se enfocan los fenómenos principales involucrados en estos sistemas, o sus lineamientos fundamentales, preguntándose de un lado si el país puede pagarse estos programas, y de otro, si se podría dejar de pagar esta seguridad, interrogaciones que envuelven el planteamiento del problema en sus dos fases: económica y social.

### SIGNIFICADO ECONOMICO

En el primero de estos aspectos estriba el éxito de las leyes de previsión **significado económico** que depende no sólo de la enunciación de un proyecto legislativo de calidad, sino de la evaluación de su costo presente y futuro y de la gravitación que el mismo impondrá a la economía nacional. La absolución de estos puntos, determinará la medida de seguridad social que puede costearse un país. Un exceso de beneficios es tan dañino como la falta de ellos, pues podrá ahogar el incentivo de los individuos o empresas, crear en los beneficiarios la errónea idea que sobrestima la capacidad del Estado, haciendo ver en éste, según el acertado símil del profesor Robson, una máquina automática en la que a cambio de monedas se obtienen cigarrillos, y en fin, sustraer a la economía nacional importantes capitales, recargando el valor de mercaderías y servicios.

En Gran Bretaña, la seguridad social se financia no sólo con las primas aportadas por las partes cotizantes, sino con fondos provenientes de impuestos directos e indirectos, que al haber alzado el régimen de tributación, han reducido en proporción equivalente el valor real de la moneda.

Como resultado de la presión que ejerce el mantenimiento de las pensiones de retiro, el déficit del Seguro Nacional, como un todo, es estimado para el período 1959-60, en 126 millones de libras y para 1979-80 en 364 millones, pero el Seguro de Retiro aisladamente ya tiene déficit.

Esencialmente el desequilibrio presente obedece en parte a razones transitorias, entre las que destaca el hecho de que un número creciente de asegurados, en edad madura, tras un corto período de calificación se hallan habilitados para el disfrute de la prestación de vejez. Circunstancialmente, agrava la inestabilidad, el envejecimiento actual de la población británica ocasionado por la baja de los índices de nacimiento del comienzos del presente siglo, y la longevidad que se vienen alcanzando hoy.

Cuando los asegurados sociales cumplan sus períodos totales de contribuciones, es decir, cuarenta y cinco o cincuenta años de pago de cuotas, el Seguro logrará una posición de equilibrio entre ingresos y prestaciones; pero de momento y en un largo futuro, el peso de los pensionistas de retiro tiene que ser soportado por las generaciones jóvenes y, en general, por el país entero, pues las contribuciones pagadas por los actuales pensionistas, representan sólo la vigésima parte de lo que habrían costado las mismas pensiones contratadas en una empresa de seguro privado.

## INFORMACIONES SOCIALES

Esto es evidente, aun cuando seis de cada diez asegurados entrevistados en una encuesta del Ministerio de Pensiones y Seguro Nacional, seguían trabajando sobre los sesenta y cinco años, que es la edad mínima de retiro, y no obstante que las cuantías básicas de pensión no representaban probablemente el treinta por ciento de las remuneraciones medias vigentes hoy en ese país.

Este mismo punto relativo al régimen de pensiones, conlleva desde su nacimiento al espinoso problema del reajuste periódico de sus cuantías básicas, que en el transcurso del tiempo se hallan sujetas a desvalorización monetaria, sea debido a procesos inflacionistas, o simplemente al mayor standard de vida de la población económicamente activa. Con gran razón se ha dicho que el enemigo público número 1 del seguro social es la inflación.

Frente a estos dos fenómenos, es decir al déficit financiero y la elevación de beneficios, no cabe sino una solución: elevar el monto de los ingresos, sea en forma de primas o impuestos, conforme acaba de ser resuelto.

No debe pues olvidarse que toda alteración de beneficios, apareja nueva y creciente presión sobre toda la vida económica del país, pues ellos "...forman parte del coste de producción y deben ser involucrados dentro del precio de venta. De aquí se sigue que todo aumento de beneficios sociales conduce a un aumento del costo de producción en la misma forma que un aumento de sueldo, a menos que se reduzca en una cantidad equivalente la remuneración directa e inmediata o que se eleven los precios. En términos algo más técnicos, el empresario tiene que trasladar la carga que representan dichos beneficios, y puede trasladarla hacia adelante, esto es, elevando los precios que cobra, o hacia atrás, esto es, reduciendo los sueldos que paga".

Es obvio que el movimiento tendrá que ser hacia adelante, con lo que se produce normalmente una elevación del nivel de precios y subsecuentemente la baja del poder adquisitivo de la moneda.

Frente a todas estas consecuencias negativas que pueden convertirse de potenciales en actuales, en cualquier país, cabe señalar que el único medio de contrarrestarlas es mediante el incremento de la producción y por consiguiente de la renta nacional, pues cuanto mayor sea ésta, tanto menor será el porcentaje relativo de la porción que se dedica al pago de las leyes de previsión.

En este aspecto, la renta nacional de Gran Bretaña, ha crecido progresivamente, habiéndose logrado un levantamiento de los niveles de vida, que es probable se mantenga en alza si las actuales condiciones subsisten, en una proporción estimada en uno y medio por ciento en los próximos años.

## INFORMACIONES SOCIALES

Como conjunto, los programas de seguridad representaron en el Reino Unido los siguientes totales y porcentajes de la renta nacional durante los años 1949-50, 50-51 y 51-52.

Años	Gastos totales en millones de libras	Porcentaje de la renta nacional
1949-50	1'286.9	10.8
1950-51	1.320.2	10.1
1951-52	1.399.8	9.9

De estas cifras se puede apreciar, la baja de los porcentajes de renta en relación inversa con el alza de los gastos absolutos.

Por otra parte, una comparación del total relativo de los gastos de seguridad social en Europa al año 1951, nos permite observar que pese a los vastos programas de previsión vigentes en el país que nos ocupa, ellos representaron una menor proporción de la renta nacional británica, que, por ejemplo, en la República Federal Alemana (18.4 por ciento), Austria (14.7), Bélgica (11.7), Francia (16.7), Islandia (10.3) e Italia (12.5), lo que se explica en parte al recordar que dichos programas son prácticamente los únicos beneficios impuestos estatutariamente en el Reino Unido.

En definitiva, aun cuando los próximos años impondrán sobre Gran Bretaña, nuevas e importantes cargas encaminadas a solventar el creciente costo de sus sistemas de previsión, parece razonable esperar el éxito final de ellos.

### SIGNIFICADO SOCIAL

Mas, analizado el problema en su fase social, es evidente que las formas de extrema miseria a las que hicieron referencia las encuestas de principios de siglo, han desaparecido, financiándose hoy colectivamente gastos que antes sólo recaían sobre el jefe de familia y habiéndose llevado a cabo una prudente y sana redistribución de la renta nacional. Como resultado, los standards de higiene y salud han sido elevados y correlativamente disminuídos los índices de morbilidad y mortalidad. El amparo de la maternidad, de la niñez y de la vejez son altamente eficaces.

Se ha operado pues en este país, un radical cambio de su estructura social; acaso, una revolución al estilo británico, según quería Lord Beveridge. Ella no fué improvisada ni nació por generación espontánea, sino que culminó un proceso evolutivo de varios siglos, y representó un justo compromiso de paz, tras los sacrificios impuestos a un pueblo por dos dolorosos conflictos bélicos. No constituyen tampoco estas medidas de previsión, cargas adicionales a beneficios preexistentes, pues de acuerdo a lo dicho, en lo que concierne a leyes sociales en general, el Estado sólo en muy contadas oportunidades ha tomado iniciativa legislativa, habiéndose

## INFORMACIONES SOCIALES

secularmente dejado librada la iniciativa en este terreno, a los pactos entre empresarios y Trade Unions.

Cabe pues destacar sin ambages este hecho: como instrumentos de bienestar público, las leyes citadas han logrado sus fines, es decir, la abolición de la miseria y la garantía de los riesgos sociales en una comunidad altamente industrializada. Este es un éxito incontestable que coloca hoy a Gran Bretaña en este terreno en el lugar más avanzado del mundo.

Ellos han constituido un ejemplo de lo que podría ser hoy el más avanzado plan de seguridad social, revelando asimismo lo que él cuesta en recursos económicos y lo que significa como esfuerzo financiero.

No podría dejarse en silencio un nuevo hecho; el perfeccionamiento de la estructura social de un estado capitalista, constituye una de las mejores garantías en la lucha contra tendencias corrosivas y extremistas. Vale pues bien la pena sobrellevar el esfuerzo de este sistema.

Nadie discute hay la necesidad de adoptar medidas encaminadas a proteger a la población de un país. Por el contrario, ellas se fomentan y estimulan, mas las medidas que se dicten, deben adecuarse exactamente a lo que la economía pública puede pagar, sin que constituyan rémora a la producción de la que depende el porvenir del país.

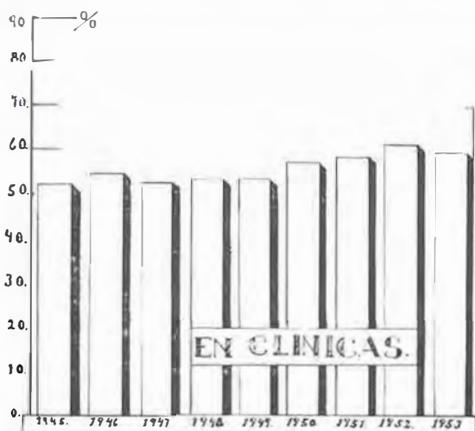
Con mucha razón expresaba el profesor J. Douglas Brown, que la experiencia indica que la supervivencia de una democracia capitalista, depende de la capacidad con que se combinen tres ingredientes: incentivo individual, responsabilidad mutua y un efectivo sistema de protección contra el miedo a la inseguridad.

«O»

## *Hacia un Mejoramiento de las Fuentes de Información Demográfica*

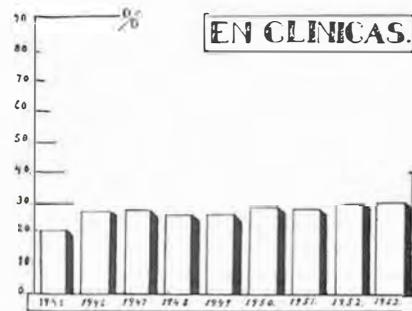
**Por el Dr. O. TELLEZ SARZOLA, Jefe del Departamento de Bioestadística, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Perú.**

Al examinarse una muestra representativa de los nacimientos y defunciones que se inscriben en determinado número de ciudades en el Perú, se encuentra que la proporción de los que son atendidos en clínicas de maternidad y hospitales representan un volumen de consideración. Así en el gráfico adjunto, se indican estos hallazgos tanto para Lima como para las principales ciudades restantes del país (entre 28 y 32). Detallando estas observaciones contenidas en el gráfico, indican que para la ciudad de Lima la proporción de nacimientos atendidos en clínicas ha incrementado de 52.4 por ciento en 1945 a 60 por ciento en 1953; igual fenómeno se observa en las otras ciudades peruanas, pues la proporción de los asistidos ha aumentado de 20.7 por ciento en 1945 a 29 por ciento en 1953. En la parte correspondiente a los fallecimientos asistidos en hospitales de Lima, el gráfico arroja una proporción de 34 por ciento en 1945 que se convierte en 42 por ciento en 1953. Similar incremento señala el gráfico correspondiente a las otras ciudades peruanas que del total de fallecidos, el 19 por ciento en 1945 se asistieron en hospitales, proporción que se eleva a 25 por ciento en 1953. Se deduce pues, que las instituciones hospitalarias son importantes fuentes de información para el conocimiento de la demografía nacional y continuarán siéndolo en el futuro. Esto obliga a que tanto el funcionario de salud pública como el registrador fiscal mantengan estrecha relación con los directores de hospitales y clínicas para coordinar mejor estas fuentes de información demográficas. Igualmente, el director del hospital o maternidad, será receptivo a las sugerencias que los funcionarios mencionados extendiendo la más completa cooperación en esta importante empresa.



LIMA.

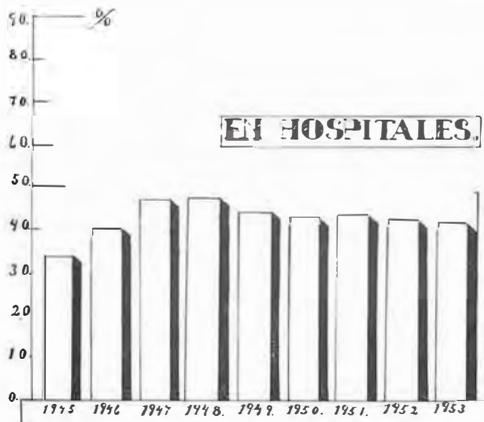
SEGUN LUGAR DE OCURRENCIA Y CLASE DE ASISTENCIA.



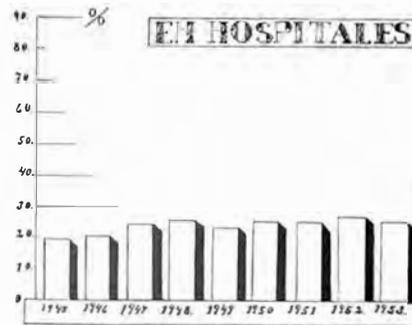
OTRAS CIUDADES.

**NACIMIENTOS.**

**DEFUNCIONES.**



LIMA.



OTRAS CIUDADES.

## INFORMACIONES SOCIALES

Habiendo hecho una exposición de los hechos que se dejan entrever por el examen de las estadísticas, se hace conveniente examinar las disposiciones existentes para efectuar las inscripciones de nacimientos y defunciones, especialmente en la parte que atañe a los que han sido atendidos en clínicas y hospitales y el rol que les corresponde a esas para dar mejor cumplimiento a las disposiciones de la ley referente a estas obligaciones institucionales.

### *Certificado de Nacimiento.—*

La ley especifica quién debe inscribir la ocurrencia de un nacimiento, dónde y en qué forma. Tanto los padres como la persona que lo atendió están autorizados para hacer la inscripción.

Se sabe que una de las características de la declaración de los nacimientos en el Perú, es que son incompletos, porque no comprenden el número total de los que ocurren aunque contienen la información que pide la Ley. Generalmente, hay omisión en algunas localidades por estar lejanas del punto de Registro, o tener escasas vías de comunicación, mientras que en otros casos ello es debido a la falta de interés o la ignorancia de parte de los que lo atienden. Prueba de esto lo proporcionan los periódicos, que siempre insertan avisos de inscripciones de partidas judiciales, lo cual significa que esos nacimientos no fueron inscritos y su inscripción tardía recalca la imprescindible necesidad de este documento.

### *Beneficios Individuales y Colectivos.—*

La partida de nacimiento es, pues, de valor para el individuo como evidencia del lugar y la fecha de su nacimiento, que a su vez es necesaria para probar su ciudadanía, la edad exacta, o para ingresar a la escuela; igualmente se requiere para votar, para emplearse, para recibir pensión y otros propósitos cívicos. El hecho de que cierta persona es hijo de determinados padres, es de suma importancia en el reclamo de herencia o sostenimiento. Por otra parte, la partida de nacimiento es de utilidad pública puesto que la suma periódica de éstos es la medida del incremento de la población. La información contenida en la partida, se usa para determinar el balance vital de una localidad; tales como la tasa de natalidad, la proporción sexual de los nacidos, la tendencia estacional; para obtener las estadísticas de mortalidad infantil, la ocurrencia de los nacimientos múltiples, la clase de atención profesional recibida, etc. Todos estos datos constituyen la información básica para el planeamiento de los programas de salud pública.

### *El Certificado de Defunción.—*

La Ley señala, igualmente, quién puede inscribir una defunción y en qué forma, indicando la circunstancias bajo las cuales la defunción puede ser certificada por el médico legista y los procedimientos para obtener el permiso de entierro.

## INFORMACIONES SOCIALES

La inscripción de las defunciones es más completa que la de los nacimientos, pero la calidad de la información declarada deja mucho que desear. Tales datos como: el lugar y tiempo de residencia del fallecido y la ocupación, son obtenidos de los parientes o amigos y, por lo tanto, son incompletos o escasos. Pero, la más importante inexactitud es en la determinación de la causa de la muerte, o las causas que han contribuido y la duración de la enfermedad. El mejoramiento de los métodos de diagnóstico y la gran oportunidad para estudiar al paciente en el hospital han contribuido y contribuirán en forma más concreta a la exactitud de la certificación. Sin embargo, se nota cierta cooperación de los profesionales en prescindir de las imprecisiones sociales que no le permiten al médico certificar la verdadera causa de defunción, tales como la tuberculosis, el alcoholismo, las enfermedades mentales, la sífilis, etc.

### *Beneficios colectivos.—*

El certificado de defunción adecuadamente preparado es de valor inmediato para los parientes en la tramitación de herencias y reclamos de seguros. También se derivan de estos certificados muchos datos para las estadísticas vitales de la localidad, tales como la agrupación del sexo y la edad, la clasificación de la ocupación, la residencia y otros hechos de los fallecidos. La compilación de las estadísticas de defunción por causas, es una de las más importantes que pueden dar los certificados de defunción, desde que esto revela claramente la magnitud de las fuerzas de mortalidad que operan en la población y en consecuencia, sirven de guía a los programas de salud pública.

### *Las prácticas actuales.—*

La reglamentación vigente indica que (Código Civil, Art. 37) los administradores de maternidades y hospitales están obligados a llevar un libro en el que se inscribirán todos los nacimientos y defunciones que hayan ocurrido en la institución y, firmado cada partida por el director del establecimiento enviando semanalmente al Alcalde de la Municipalidad u Oficina del Registro Civil del Distrito, la relación de dichas partidas para que se extiendan por separado en el libro respectivo. Estas inscripciones serán firmadas por el Jefe del establecimiento y por el funcionario encargado del Registro.

Por muchos años, en la mayoría de los hospitales, se ha establecido procedimientos que facilitan la ejecución completa y propia de la inscripción de nacimientos y defunciones. Aunque la Ley es explícita en la reglamentación de las inscripciones de nacimientos que ocurren en los hospitales, hay cierta irregularidad en la forma cómo se cumple con esta reglamentación. Pues ya sea por ignorancia de la Ley o creer que es un trabajo recargado, muchos hospitales y clínicas de maternidad delegan a la voluntad del interesado hacer la inscripción de los nacimientos y se pierde de este modo la certidumbre de la inscripción de los nacimientos que son atendidos en la institución.

## INFORMACIONES SOCIALES

Los directores de hospitales deben tener conocimiento de la Ley respectiva, observando las pautas correspondientes y los requisitos para cumplirlas debidamente. La Sección de Estadística está obligada a establecer un procedimiento uniforme con los médicos y con las obstetrickas para señalar la responsabilidad dentro del hospital, quienes prepararán y firmarán los certificados de nacimiento y defunción, para cada categoría de pacientes: privados y de salas.

Después de hacer el estudio adecuado de la información requerida en los certificados, el director de la clínica revisará los datos personales del paciente a fin de asegurarse que tal información: como fecha y lugar de nacimiento del niño y datos de los padres, tales como ocupación y estado marital, sean obtenidos tan pronto como se hospitalice el paciente o inmediatamente después. Estos datos pueden ser colocados en la primera página de la historia clínica y serán copiados en los mismos términos cuando se les solicite en los certificados.

Las dificultades que presenta el nombre del niño pueden ser resueltas si se le indica a los padres, la conveniencia de tenerlo debidamente escogido antes del parto.

*Recomendaciones*

La mejor contribución que pueden hacer los directores de clínicas y hospitales al mejoramiento de las estadísticas demográficas es informar automáticamente a la Oficina del Registro Civil, los nacimientos y defunciones que ocurren en sus dependencias y propugnar el más exacto diagnóstico de la causa de defunción. En algunos casos, aún médicos experimentados, no pueden determinar la causa exacta de la defunción; sin embargo, se debe hacer todo lo posible por evaluar la evidencia disponible a fin de llegar a una conclusión razonable. A esto se agregará que las autopsias ayuden a conseguir resultados más exactos.

Específicamente, el director del hospital se ocupará de ver que el jefe de clínica (y sus ayudantes), programen un curso de orientación para sus ayudantes y los nuevos internos del hospital, y de este modo, inculcarles la propia apreciación del valor de las estadísticas vitales. Un representante de la Dirección General de Salud Pública, podría hacerse presente en el hospital para estas sesiones a fin de darles una explicación práctica sobre los detalles de la certificación, de la Clasificación Internacional de las Causas de Muerte y de la mejor manera de hacer la certificación del diagnóstico de las causas de la muerte. Aunque la Lista Internacional es suficientemente explicativa para que pueda ser usada por cualquier profesional, necesita, sin embargo, ser discutida y como resultado de estas reuniones el cuerpo médico del Hospital o Maternidad adoptará la firme decisión que sólo los términos contenidos en la Lista, serán los que se usen para señalar las causas de muerte; ello levantaría grandemente el nivel de la exactitud y uniformidad de los diagnósticos, lo cual unido a la inscripción completa de los nacimientos y defunciones que ocurren en cada hospital, redundaría provechosamente en mejorar la demografía nacional.

# El Seguro Social Nacional en Israel

Por ITZHAK KANEV, Presidente de la Comisión de Planeamiento de la Seguridad Social y Director del Instituto de Investigaciones Sociales de la Federación General de Trabajadores de Israel.

La primera Ley de Seguro Nacional Israelita fue aprobada por el Knesset (Parlamento), el 18 de noviembre de 1953. La aprobación de esta Ley representa el punto culminante de la política social progresiva, actualmente continuada por el movimiento sionista, política que se remonta a la fecha de creación del estado israelita, cuando se establecieron vastas redes de instituciones de seguro social voluntario en todo el país. El nuevo Estado no necesitó por lo tanto, crear una organización para sus servicios sociales, pero pudo mejorar, coordinar y complementar los servicios existentes, evitando de esta manera la elevación excesiva de las cargas financieras.

Sin embargo, a comienzos de 1949, tan pronto como cesó la lucha con la que terminó la Guerra de Liberación, el Gobierno de Israel nombró una Comisión Interministerial de Planeamiento de Servicios Sociales, con el fin de trazar un plan de seguro social general para el país. La Comisión, que tuvo el honor de presidir, estaba compuesta por los Directores Generales de los Ministerios de Trabajo, Salud, Bienestar Social y Hacienda. Los miembros de esta Comisión conocían que sobrevendría una inmigración en masa de todo el mundo, tanto de países europeos como orientales; fue necesario desarrollar una sabia política social para combinar en una nación unificada todas las diferentes comunidades. También estuvieron advertidos, y así lo tomaron en cuenta en el planeamiento, que el desarrollo material del país sería imposible a menos que los más esenciales servicios sociales fueran previstos simultáneamente. La Comisión presentó al Gobierno en febrero de 1950, su "Plan de Seguro Social para Israel", junto con las recomendaciones para su gradual implantación en tres grandes períodos; plan que tomó a su cargo los servicios sociales existentes, así como las pesadas cargas financieras que soportaba el naciente país como resultado de la inmigración en masa y

## INFORMACIONES SOCIALES

de los mayores proyectos de desarrollo, los cuales estaban siendo iniciados.

Las tres etapas del plan son las siguientes:

### *Primera Etapa.*—

- 1.—Hospitalización.
- 2.—Mejora y ampliación de los servicios de medicina preventiva.
- 3.—Atención dental para todos los niños.
- 4.—Asistencia médica para los indigentes.
- 5.—Pensiones de vejez, viudez y orfandad.
- 6.—Beneficios para los recién nacidos.
- 7.—Gastos de funeral.
- 8.—Pensiones sociales provisionales.
- 9.—Seguro Obligatorio para todos los obreros (incluyendo aquellos que trabajan en la agricultura), cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, accidentes e inhabilitación.
- 10.—Seguro de desempleo.

### *Segunda Etapa.*—

- 1.—Seguro de Salud para toda la población.
- 2.—Seguro de Inhabilitación para la población en general.

### *Tercera Etapa.*—

- 1.—Asignaciones Familiares.
- 2.—Ampliación de los servicios hospitalarios.

## LA PRIMERA LEY DE SEGURO NACIONAL

Esta ley pondrá en práctica la primera etapa de este plan. Ella provee las siguientes categorías de seguro social:

- 1.—Seguro de vejez y sobrevivientes para toda la población, incluyendo los gastos de funeral.
- 2.—Seguro de maternidad, igualmente para toda la población, con beneficios para los recién nacidos.
- 3.—Seguro de Accidentes de Trabajo.

Las cláusulas 1, 2, 3 y 4 de la Primera Etapa del Plan de Seguro Social, que comprende la hospitalización, medicamentos, cuidado preventivo y dental para los niños y asistencia médica para los indigentes, pueden implantarse sin necesidad de legislación especial del Ministerio respectivo, lo que actualmente y en gran parte se ha llevado a cabo. La implantación de los Seguros Obligatorios de Invalidez y Desempleo ha sido

## INFORMACIONES SOCIALES

temporalmente pospuesta por razones de orden técnico y de presupuesto. Es digno de mención que el Seguro de Salud para toda la población se ha trasladado a la Segunda Etapa del Plan de Servicio Social. Además de la complejidad y alto costo del Seguro de Salud Obligatorio, los legisladores sociales, que esbozaron el referido Plan, tomaron en consideración que el 75% de la población israelita estaba ya asegurada en varios sistemas de seguro de salud voluntario. Igualmente, cerca de dos terceras partes de la población, por ejemplo, son miembros del Fondo de Trabajadores contra las enfermedades (Kupat Holim) de la Federación General de Trabajo (Histadrut). Por tanto se decidió que la implantación total del Seguro Nacional Obligatorio podría dilatarse, hasta que otras partes más urgentes del programa fueran establecidas.

La Ley de Seguro Nacional contempla en forma detallada su aplicación a las distintas categorías aseguradas. Las siguientes son las provisiones tomadas por esta ley, respecto a cada categoría.

### SEGURO Y PENSIONES DE VEJEZ

#### Edad Pensionable.

Bajo esta nueva ley, la edad pensionable normal será de 65 años para los hombres y 60 para las mujeres. El Ministro está autorizado para otorgar estas pensiones a los trabajadores de menor edad ocupados en labores pesadas cuyas edades no sean menores de 62 para los hombres y 57 para las mujeres. Las personas aseguradas que continúen trabajando después de haber llegado a la edad pensionable, tiene derecho a la pensión, en toda circunstancia, a la edad de 70 años para los hombres y 65 para las mujeres.

Se otorgan privilegios especiales, respecto a los períodos calificados de ciertas personas de edad que hubieran residido en Israel en el día que la Ley fue aprobada por el Knesset. Tales personas, si fueran hombres mayores de 60 años, pero con no más de 67 y mujeres mayores de 55 años pero con no más de 62, tienen derecho a recibir pensiones de vejez, después de tres años de afiliados. La edad pensionable para esta categoría será, por lo tanto, entre los 65 y 70 años para los hombres y entre los 60 y 65 para las mujeres. Esto también significa que las primeras pensiones de vejez serán abonadas 3 años después de las implantación de la Ley.

### PENSIONES ABONABLES

#### *Pensión Básica:*

para una persona soltera ... ..	IL	15,000	por mes
para un matrimonio de edad o para una persona de edad con un dependiente ... ..	„	22,500	„ „

## INFORMACIONES SOCIALES

para una persona de edad con dos de- pendientes ... ..	„	28,500	„	„
para una persona de edad con tres o más dependientes ... ..	„	34,000	„	„

*Costo de las Asignaciones de Subsistencias.—*

Este costo será añadido a la pensión básica, de acuerdo con el índice del costo de vida, mediante el cual estas asignaciones se abonan a los servidores civiles. De acuerdo con el presente índice del costo de vida, por ejemplo, una persona soltera recibiría IL 30,000 por mes, siendo la pensión básica de IL 15,000 a la que debe agregarse el costo de vida por la asignación. Los aumentos correspondientes son abonados únicamente a las personas de edad, con dependientes a su cargo.

*Aumentos por Antigüedad.—*

Las personas aseguradas que estuvieren abonando sus contribuciones por más de 10 años, reciben un aumento de 2% con un máximo de 50% sobre sus pensiones por cada año contado a partir de los 10 primeros años de asegurado. Las personas aseguradas que continúen trabajando, después de haber cumplido la edad pensionable, reciben 5% adicional, con un máximo de 25% por cada año excedente por el cual haya pagado su contribución.

*Período Calificatorio.—*

Todas las personas que hubieran abonado sus contribuciones por 5 años, pueden recibir pensiones de vejez. Con excepción de las personas que se encontraban más allá de la edad pensionable, el día que la ley fue aprobada por el Knesset, como ya se ha dicho anteriormente.

## SEGURO DE SOBREVIVIENTES

**PENSIONES BASICAS.—**
*Viudas con niños:*

Viudas con un niño reciben ... ..	IL	22,500	al mes
Viudas con dos niños ... ..	„	28,500	„ „
Viudas con tres o más niños ... ..	„	34,000	„ „

*Viudas sin hijos.—*

Viudas menores de 40 años reciben	IL	180,000	(suma total)
Viudas de 50 años o más	„	15,000	por mes
Viudas de 45 a 50 años	„	11,250	por mes
Viudas de 40 a 45 años	„	7,500	por mes

## INFORMACIONES SOCIALES

Las asignaciones por costo de vida serán añadidos a todas las pensiones básicas pagables a las viudas, exactamente como se hace con las pensiones de vejez.

*Período Calificatorio.*—

El seguro deberá ser abonado por lo menos un año antes.

SEGURO CONTRA LOS ACCIDENTES DE TRABAJO  
Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES

La Primera Ley de Seguro Nacional, distinta del primer sistema de seguros de accidentes de trabajo, otorga pensiones para personas invalidadas en accidentes industriales, así como a las familias cuyo jefe hubiera muerto a consecuencia de un accidente de trabajo.

Se ha hecho conciencia que este sistema no puede ser realizado a través de las compañías de seguros privados, y por lo tanto el Ministerio de Trabajo establecerá una institución de seguro, la que será responsable por la implantación de la ley y el pago de todos los beneficios por ella fijados.

1.—*Señala Beneficios Generales* por:

- a.—Tratamiento médico general de los lesionados.
- b.—Rehabilitación médica y vocacional.
- c.—Beneficios financieros.

El tratamiento médico será proporcionado a través de los Servicios de Salud del Estado, por los Servicios Médicos de las Instituciones de Seguro o a través de instituciones médicas reconocidas para este propósito.

2.—*Beneficios para los lesionados en accidentes de trabajo.*

La persona lesionada en el trabajo recibirá, mientras esté bajo tratamiento médico (por un máximo de 26 semanas), las  $\frac{3}{4}$  partes de su salario, limitado a un tope de IL 5,000 por día.

3.—*Beneficios a los convalescientes de accidentes de trabajo.*

Si la persona se accidenta por 14 días o más, recibe los beneficios a partir del segundo día de haber sufrido el accidente. Para menores períodos de inhabilitación, no recibirá beneficios sino a partir del tercer día contado después del accidente.

4.—*Beneficios de Invalidez por Accidentes de Trabajo.*—

Cuando las lesiones sufridas como consecuencia de un accidente provoquen la invalidez o inhabilitación, que excedan de 6 meses (siendo el

## INFORMACIONES SOCIALES

período máximo de 26 semanas señalado en la cláusula 2, ya mencionada), se otorgará una pensión o subsidio a la persona mientras se encuentre invalidada.

En los casos de invalidez total (100%), la pensión será igual al 75% de su salario normal, con un máximo de IL 5,000 por día. En el caso de invalidez parcial que excediera el 25%, el seguro abonará una pensión mensual proporcional al porcentaje de invalidez, comparada con la pensión que deberá abonarse al que sufre el 100% de invalidez. En el caso de invalidez parcial entre 5 y 25%, la persona lesionada tiene derecho a recibir una suma total, proporcional al grado de invalidez.

### 5.—Pensiones o asignaciones a los sobrevivientes.—

La viuda y los niños de las personas fallecidas en accidentes de trabajo, reciben pensiones en la siguiente proporción:

La viuda recibe el 60% del 100% de la pensión de invalidez que hubiere sido pagada a su esposo, si él viviera en estado de invalidez absoluta. Las siguientes adiciones se abonan por huérfanos:

Por un niño 20% del 100% de la pensión de invalidez.

Por dos niños 30% del 100% de la pensión de invalidez.

Por tres niños o más, 40% del 100% de la pensión de invalidez.

La viuda sin hijos, menor de 40 años, recibirá una suma total correspondiente a 36 meses del 100% de la pensión de invalidez de su esposo fallecido.

## SEGURO DE MATERNIDAD

Proporciona prestaciones maternas y ayudas para gastos de alumbramiento. Todas las trabajadoras, empleadas e independientes, exceptuándose las amas de casa, reciben estos beneficios los que se abonan por un un período de 12 semanas, una parte antes del alumbramiento y la otra después del parto. Los beneficios alcanzan a 75% del salario semanal o renta (de las independientes) hasta un máximo de IL 35,000. Toda asegurada o esposa de un asegurado tiene derecho, además, a un pago de IL 55,000 que serán entregadas a la madre, si necesita hospitalizarse o para adquirir las ropas o demás implementos necesarios para el recién nacido.

## FINANCIACION DE LA LEY DE SEGURO NACIONAL

En la primera etapa de implantación de esta ley, estará enteramente financiada por las contribuciones de los asegurados y empleadores.

La Ley de Seguro Nacional señala la participación financiera del Estado, pero sí contempla que los Ministerios de Trabajo y Hacienda con

## INFORMACIONES SOCIALES

la aprobación del Comité de Financiación del Knesset, decidirá en qué año fiscal el Estado iniciará el pago de sus contribuciones. (En aquella ocasión éstas serán señaladas en el Presupuesto General, que deberá ser aprobado por el Knesset). La contribución del Estado se ha fijado por la ley en un 10% de las contribuciones abonadas por el Seguro de Vejez y sobrevivientes y en 45% de los ingresos por el Seguro de Maternidad. Las cotizaciones abonadas por los asegurados y patronos serán reducidas, en una pequeña escala, posteriormente, al iniciar el estado el pago de contribución.

### PORCENTAJE DE CONTRIBUCIONES AL SEGURO

	Seguro de Vejez y sobrevivientes	Seguro de Maternidad	Total
Trabajadores . . . . .	1.0%	0.4%	1.4%
Empleadores . . . . .	1.5%	0.4%	1.9%
Independientes . . . . .	2.5%	0.8%	3.3%

Las contribuciones para el seguro de accidentes de trabajo, serán del 0.5 por ciento a 3.0 por ciento de los salarios, variando de acuerdo al tipo de la empresa, la clase de trabajo y la proporción de accidentes, como se ha detallado en los reglamentos publicados por el Ministerio de Trabajo.

### ¿ES MUY PESADA LA CARGA DEL SEGURO NACIONAL?

La primera pregunta formulada es si el peso del plan de Seguro Nacional no es demasiado elevado para la economía nacional israelita. El hecho es que los servicios sociales y las instituciones voluntarias de seguro social existentes y que son costosos, gradualmente serán incluidos en el plan de seguro nacional, lo que no añadiría ningún peso ni carga onerosa. En el caso del Seguro contra los Accidentes de Trabajo, que será organizado por el Ministerio de Trabajo, la industria ahorrará considerables sumas que serán trasladadas de las compañías comerciales al Seguro, pues el Ministerio, no sólo proporcionará beneficios adicionales, —por ejemplo, pensiones para viudas e inválidos por accidentes del trabajo—, que las compañías privadas están imposibilitadas de conceder, pero que serán otorgadas con muy bajas cotizaciones, menores que las que se exigen actualmente.

En lo que concierne al Seguro de Maternidad, la nueva ley simplemente agrega otro beneficio a las prestaciones de maternidad, que ya se están abonando a las trabajadoras. Este nuevo beneficio, una suma total de IL 55,000 para la hospitalización de la madre y ajuar para el niño, tiene considerable importancia social, pues se ayudará a completar las facilidades existentes de hospitalización para casos de

## INFORMACIONES SOCIALES

maternidad y como consecuencia reducir la mortalidad tanto de madres como de recién nacidos. (Es digno de notarse que el 90 por ciento de los casos de maternidad en Israel, reciben actualmente completa hospitalización).

El Seguro de Vejez se iniciará con el pago de pequeñas sumas y también con bajas contribuciones —dos y medio por ciento de los salarios o renta del asegurado— como en todos los países que otorgan pensiones de vejez a sus cotizantes. La vigencia de este seguro será facilitada por el hecho de que 250,000 trabajadores ocupados en Israel, están cubiertos por el Fondo de Previsión y Pensiones; y por lo que respecta a ellos no será necesario el abono de sumas adicionales a las que normalmente efectúan. De acuerdo con la Ley de Seguro Nacional, las empresas que actualmente poseen tales Fondos de Previsión, abonarán las primas de los seguros. Esto inducirá a los Fondos a convertir a los ingresos sobrantes en pensiones adicionales, asegurando así un decente nivel de vida en la vejez de sus afiliados. Por supuesto, la nueva ley comprende a todas las personas empleadas y no sólo a las que son cubiertas por los Fondos de Previsión.

Pese a que no se ha fijado fecha para la iniciación de la participación estatal en el financiamiento de los diversos aspectos del Seguro Nacional, esto no retardará la implantación y ejecución de la Ley. Por otro lado, la participación del Gobierno está limitada a las pensiones de vejez y sobrevivientes y seguro de maternidad; y se puede presumir que el Gobierno iniciará el pago de su contribución a los Seguros, cuando las primeras pensiones de vejez comiencen a abonarse dentro de 3 años.

## PRESUPUESTO ESTIMADO PARA EL PRIMER AÑO.—

El pago de las contribuciones para el Seguro Nacional se iniciará el 1º de abril de 1954, fecha en que comienza el año fiscal del Gobierno.

Los ingresos y gastos estimados son los siguientes:

	Entradas (Primas de los Seguros)	Gastos en el 1er. año
Seguro de Vejez y Viudez . . .	IL. 17'500,000	IL. 500,000
Seguro contra Accidentes . . . .	IL. 8'000,000	IL. 6'000,000
Seguro de Maternidad . . . . .	IL. 5'500,000	IL. 4'500,000

Se puede presumir que cerca de la mitad de los pagos por seguro de vejez provendrán de las contribuciones que están siendo abonadas a los Fondos de Previsión y Pensiones. Durante los primeros años de operaciones del seguro de vejez, las contribuciones abonadas formarán reservas y servirán como una constructiva inversión de capital para el desarrollo de la nación.

## INFORMACIONES SOCIALES

En la actualidad se está utilizando parte de los ingresos del seguro de maternidad (hospitalización). Sin embargo, de aquí en adelante, se realizará una distribución más efectiva de las cargas, especialmente para aliviar en lo que se pueda a las clases más pobres.

La primera Ley de Seguro Nacional será una de las leyes básicas de Israel. Y jugará el más importante papel en la política social del Estado y en coordinación con los servicios sociales que en la actualidad existen.

————— «O» —————

# Un Siglo de Progreso Social

Por el Profesor ANGELO CORSI, Presidente del Instituto de Previsión Social de Italia.

1.—Donde hemos llegado. 2.—Comparación con la época de pre-guerra. 3.—Caracteres y formas de las prestaciones. 4.— Fuentes y sistemas financieros. 5.—Los Institutos de Previsión y los Seguros Obligatorios. 6.—Otras formas de Asistencia Social: a) el adiestramiento profesional; b) la casa para los trabajadores; c) para la familia y para los huérfanos de los trabajadores; d) para la maternidad y la infancia. 7.—El camino recorrido y los nuevos problemas.

## 1.—DONDE HEMOS LLEGADO.

La actual población de Italia supera los cuarentisiete millones de habitantes (47'010,000 habitantes al finalizar 1952). La renta nacional (renta bruta a los precios de mercado) ha sido estimada en 10,105 billones para 1952. El gasto total anual para la previsión social se acerca, con variaciones, actualmente a 700 billones de liras; y por tanto es igual aproximadamente al 7% de la renta nacional.

En 1938 no se gastaron más de 3 billones con este mismo objeto, es decir el 2% aproximadamente de la renta nacional que entonces era de 150 billones. De manera que mientras la renta nacional ha aumentado 67 veces, el gasto para los seguros sociales ha aumentado mucho más, es decir 233 veces. El incremento de las prestaciones de los seguros sociales ha sido tres veces superior al incremento de la renta.

Los trabajadores que gozan de una o más formas de seguro social son hoy en conjunto, aproximadamente quince millones; de manera que se puede considerar que incluyendo los familiares con derecho a las prestaciones, más de la mitad de la población italiana está protegida por los seguros sociales.

Con respecto a 1938, el número de las personas protegidas (asegurados y familiares con derecho a las prestaciones) ha aumentado cuando menos dos millones de unidades.

En base a esta enunciación de cifras de conjunto, que permiten medir la amplitud del camino recorrido, expresado en billones de liras erogadas para prestaciones, es útil ahora para un mejor entendimiento de la proyección social de ellas, un examen distinto según categorías de

## INFORMACIONES SOCIALES

las prestaciones mismas, las que si por un lado son expresión de la voluntad y de la finalidad de realizar la protección social de los trabajadores y sus familias, adquieren más relieve en la evaluación con respecto a la destinación específica: la pensión para los ancianos, los inválidos, las viudas y los huérfanos; la asistencia económica para los desocupados; la asistencia sanitaria y económica a los trabajadores y sus familias, enfermos de tuberculosis; las asignaciones familiares; las integraciones salariales a los obreros que trabajan con horario reducido; la asistencia sanitaria y las prestaciones económicas para los infortunios y enfermedades.

Las cifras tienen efectivamente un lenguaje muy convincente. Nos dicen que en 1952 las prestaciones erogadas resultan así distribuidas para las principales formas de protección social, administradas por los correspondientes institutos:

	Número de trabajadores asegurados	Asistidos	Sumas erogadas por prestaciones
Invalidez, vejez y familiares sobrevivientes (I. N. P. S.)	7'500,000	2'100,000 (jubilados)	178,000'000,000
Desocupación (I. N. P. S.)	5'000,000	900,000 (Indemnizados o subvencionados)	20,000'000,000
Tuberculosis (I. N. P. S.)	10'000,000	45,000 (Internados en casas de salud)	35,000'000,000
Asignaciones familiares (I. N. P. S.)	4'650,000	8'000,000 (Beneficiarios, hijos, cónyuges, padres)	208,000'000,000
Accidentes del trabajo (I. N. A. I. L.)	3'000,000	500,000 (Además todos los trabajadores agrícolas indemnización)	25,000'000,000
Seguros contra enfermedades (I. N. A. M.)	7'500,000		79,000'000,000

Estos datos, de por sí muy importantes, adquieren un significado aún más preciso si se les considera en relación con los de la pre-guerra.

## 2.—COMPARACIONES CON LA PRE-GUERRA.

Las comparaciones, entre los datos de 1952 y 1953, son particularmente interesantes: se trata del volumen de las varias prestaciones (nos

## INFORMACIONES SOCIALES

limitamos a considerar aquellas proporcionadas por el Instituto de la Previsión Social) y de las prestaciones unitarias erogadas por cada una de las entidades de previsión.

En síntesis estas comparaciones resultan evidentes por los siguientes índices de desarrollo:

PRESTACIONES	Volumen de las prestaciones erogadas en 1952 (índice 1938-1)	Prestaciones económicas individuales (índice 1938-1)
Invalidez, vejez y sobrevivientes (pensiones anuales) . . . . .	418 veces	103 veces
Tuberculosis . . . . .	142 „	109 „
Desocupación . . . . .	116 „	68 „
<b>Asignaciones familiares:</b>		
Industria . . . . .	308 „	145 „
Comercio . . . . .	315 „	160 „
Agricultura . . . . .	103 „	60 „

Es menester poner en relieve que el volumen de las pensiones (que es igual a 418 al de 1938) no ha aumentado solamente en virtud de los incrementos de las prestaciones de 1938 hasta hoy, sino también por el natural crecimiento anual del número de las pensiones liquidadas que se aproxima a 150,000 por año.

Análogamente, el incrementado volumen de las prestaciones efectuadas por las otras entidades no deriva solamente del aumento del valor unitario de la prestación, sino también del incremento del número de beneficiarios. Ello explica la notable diferencia que existe entre los índices referentes al volumen de las prestaciones y los relativos a las prestaciones económicas individuales.

En la evaluación de los índices relativos al aumento de las prestaciones económicas individuales merece la pena considerar el hecho que, en comparación con el índice de costo de la vida, que es 50 veces superior al de 1938, y en comparación con el índice general de salarios, (sector industrial) que es 65 veces superior al de 1938, los índices de las prestaciones de previsión son notablemente superiores, según se ha dicho con respecto a 1938, y con la sola excepción de los subsidios para desocupados. De esa manera, emerge claro el dinamismo que ha caracterizado en Italia la previsión social, no solamente por el incremento numérico de los beneficiarios, sino también por el volumen económico y la extensión de los beneficiarios.

Reside justamente en ello la profunda diferencia entre seguros privados y sociales, es decir entre previsión libre y previsión social obli-

## INFORMACIONES SOCIALES

gatoria. La base jurídica financiera sobre la cual se apoya la posibilidad de seguir la coyuntura económica, está representada por el carácter colectivo e inmanente del seguro social. De ello deriva efectivamente una mutualidad natural y una relación de solidaridad entre generaciones presentes y venideras, entre la economía actual y la del futuro: mutualidad y solidaridad que la técnica de los seguros sociales obligatorios considera proyectadas al infinito, especialmente en lo que se refiere al régimen de las pensiones.

### 3.—CARACTERES Y FORMAS DE LAS PRESTACIONES.

Es conocido el clásico agrupamiento de las prestaciones de previsión, conforme los acontecimientos que las causan:

**acontecimientos físicos temporales** (enfermedad del trabajador o de sus familiares, lesiones por accidentes de trabajo);

**acontecimientos físicos permanentes** (invalidez por causa profesional, invalidez por causa extra profesional, vejez, muerte del trabajador);

**acontecimiento por carencia de trabajo** (desocupación total o parcial);

**acontecimientos familiares** (nacimientos de hijos y gravámenes familiares en general).

La legislación italiana contempla la tutela de todos estos acontecimientos con una disciplina normativa inspirada en criterios de particular amplitud, sea en lo que se refiere a las condiciones para la concesión, como en lo relativo a la extensión de la prestación.

Un aspecto particularmente es aquel del llamado **automatismo de la prestación**, en el sentido de que el asegurado, quien es titular de un derecho subjetivo a los beneficios de previsión, hállese admitido al gozo de tales beneficios cuando se realicen los acontecimientos contemplados por la ley, es decir las condiciones a las que el reconocimiento del derecho está subordinado, aún si haya faltado el cumplimiento de contribución por parte del empresario.

Un carácter especial asume el automatismo que se constata en el seguro por la tuberculosis. El trabajador que ha sido admitido al beneficio de las prestaciones anti-tuberculares, conserva el derecho a la asistencia sanitaria y económica aún cuando, en ocasión de una nueva manifestación de la enfermedad, no se halle en posesión del requisito de seguro que condiciona la primera admisión al beneficio de las prestaciones.

La sola gestión por la cual no opera el enunciado principio del automatismo es aquella relativa a las pensiones de invalidez, vejez y sobrevivientes; y la razón de esta excepción va buscada en el carácter permanente de la prestación, que requiere mayores cautelas con respecto especialmente a la prueba de la relación de trabajo, que es objeto de la protección del seguro: prueba que, comprendiendo un período notablemente más amplio del que debe considerarse para los fines de la comprobación del derecho a las prestaciones. En las otras gestiones de previsión, no puede sino identificarse con el hecho de la cumplida obligación de seguro.

## INFORMACIONES SOCIALES

Es preciso poner de relieve, con respecto a las pensiones, que la reciente ley de abril de 1952 ha remediado una situación ilógica, representada por la nivelación de las prestaciones, que se había determinado a causa de la legislación de coyuntura de la post-guerra. Durante tal coyuntura, efectivamente, para hacer frente a la devaluación monetaria que pulverizaba las pensiones, se establecieron sucesivamente asignaciones integrativas en medida casi uniforme con respecto a la pensión original, razón por la cual desapareció toda relación entre la pensión, la duración del seguro y las contribuciones correspondidas.

Recién se ha restablecido la proporcionalidad de las pensiones a la entidad del sacrificio contributivo y a la duración del período de trabajo, conforme un sano principio de justicia.

Las asignaciones familiares, sea por la amplitud del ámbito del cargo familiar tomado en consideración por la ley (esposa, hijos sin límites de número, aún dentro de determinados límites de edades, ascendientes, hermanos sobrinos, ahijados, etc.); sea por el nivel unitario de las asignaciones, tienen una importancia de gran alcance. Para los principales sectores de actividad, el nivel unitario de las asignaciones es el siguiente:

	Asig. fam. industria (mensual)	Asig. fam. comercio (mensual)	Asig. fam. agricultura (diario)
Para cada hijo o su equivalente	3.978	3.978	60
Para la esposa . . . . .	2.600	2.600	50
Para padre y madre y otros ascendientes a cargo . . . . .	1.430	1.430	40

En los tres sectores los trabajadores, jefes de familia que se benefician de las asignaciones, son en conjunto aproximadamente tres millones y medio y, conforme lo hemos mencionado, el importe de las asignaciones familiares erogadas, inclusive los sectores menores, alcanzó en 1952 doscientos ocho billones de liras.

#### 4.—FUENTES CONTRIBUTIVAS Y SISTEMAS FINANCIEROS

La previsión social obtiene sus medios financieros de la economía del país y sería grave error pensar que una puede separarse de la otra, por que los gravámenes sociales constituyen o forman parte del costo de producción y cualquier forma que los traslade, acotan siempre la economía nacional directa o indirectamente.

Es notorio cómo en tiempos no muy lejanos, las contribuciones para la previsión social de los trabajadores fueron cincuenta por ciento a cargo del empleador y cincuenta por ciento a cargo del empleado, con excepción de las relativas al seguro contra accidentes, a las asignacio-

## INFORMACIONES SOCIALES

nes familiares y a la Caja de Integración de Salarios para obreros de la industria.

Las fuentes de financiación de la previsión social en Italia han evolucionado profundamente (a diferencia de otros países, inclusive los de economía muy diferente a la italiana). Efectivamente, la previsión hoy en día es financiada casi exclusivamente por los empleadores con la única excepción de dos renglones: pensiones y desocupación. De éstas, la primera se alimenta con la contribución de los empleadores hasta el cincuenta por ciento, de los trabajadores hasta el veinticinco y del Estado por el resto o sea el otro veinticinco por ciento. Esto por la parte basada en el sistema de repartición, que constituye el noventa y siete por ciento de la gestión; mientras que por la parte residual a capitalización, que representa apenas el tres por ciento de la gestión, la contribución recae por entero a cargo del empleador. La segunda, de desocupación recibe una participación financiera del Estado —con destinación especial a las subvenciones extraordinarias de desocupación— que para el ejercicio 1952-1953 fué señalada en dos billones de liras.

Necesitamos más adelante, en porcentajes de las retribuciones, el volumen de los gravámenes que nuestras leyes de previsión configuran para la producción y para la mejor comprensión de la forma cómo esos gravámenes se determinan, digamos brevemente cuáles son los sistemas técnicos financieros que fundamentan las diversas gestiones de previsión.

Al respecto recordaremos que las provisiones sociales italianas se apoyan sobre tres de los más comunes sistemas financieros de los seguros sociales:

—El sistema de capitalización a premio medio general, en el cual es constante en el tiempo la contribución y es creciente el volumen de las prestaciones;

—El sistema de repartición pura, en el cual, por regla anualmente debería realizarse la equivalencia de los ingresos y gastos;

—El sistema de la cobertura de capitales, aplicable en materia de rentas vitalicias, en el cual las contribuciones cobradas durante el año deben asegurar la cobertura de valores capitales de las rentas constituidas durante el año. Se apoyan en el sistema financiero de la repartición pura las gestiones relativas al seguro contra tuberculosis, al seguro contra la desocupación y enfermedades, la gestión referente a las asignaciones familiares y la relativa a la Caja de Integración de Salarios.

El seguro contra accidentes y enfermedades profesionales se apoya en dos sistemas financieros: aquel de la cobertura de capitales para las rentas que anualmente se constituyen en favor de los inhabilitados permanentes y los sobrevivientes, aquél de la repartición pura para prestaciones económicas temporales y prestaciones asistenciales y sanitarias.

El seguro obligatorio contra invalidez, vejez y sobrevivientes —que hasta 1935 se basaba únicamente en el sistema originario de capitalización a premio medio general— ahora se basa en el sistema mixto de capitalización y repartición, en el cual empero, la parte a repartición es tan prevaeciente (cobertura del 97% de las prestaciones erogadas anualmente) que sólo por deber de precisión hablamos de sistema mixto.

## INFORMACIONES SOCIALES

El sistema de capitalización tiene grandes méritos, pero supone una economía estabilizada: un grave golpe le ha sido propinado por la devaluación de la moneda y por consiguiente de las reservas.

El sistema de repartición tiene el grave defecto del gravamen que todos los años aumenta en función del incremento anual de las pensiones en pago o en liquidación, de la mayor medida media unitaria de las nuevas liquidaciones por efecto de más nutridas posiciones de seguro; más dentro de la coyuntura económica de la post-guerra y de las condiciones económicas actuales de nuestro país ha sido y sigue siendo el único sistema posible, es decir compatible con la capacidad contributiva de la producción, aún si se perfila gravemente, el gravamen en aumento.

Dicho ello aparecerá más comprensible el siguiente prospecto de los gravámenes de previsión referentes al sector de la industria, es decir, el más representativo de la economía nacional.

## CUOTAS E IMPORTES EN PORCENTAJE DE LA PARTICIPACION EN LAS CONTRIBUCIONES DEBIDAS PARA LAS GESTIONES DE PREVISION

## OBRERO INDUSTRIAL

Salario medio diario: L. 1.147 (hombres); L. 917 (mujeres).

	Cuota de Sin límite máximo	Contribución Dentro de límite máximo (°)	Gravamen de seguro en porcentaje de salario medio efectivo	
			Hombres	Mujeres
Seguro obligatorio de invalidez, vejez y sobrevivientes . . . . .	9,00%		9,00	9,00
Seguro contra tuberculosis . . . . .	2,60%		2,60	2,60
Seguros contra desocupación . . . . .		22,50%	17,65	18,40
Caja de integración salarial . . . . .		1,50%	1,17	1,23
Por timbres que abarcan todos los seguros obligatorios . . .			0,27	0,22
	13,60%	24,00%	32,69	33,45
Seguros contra enfermedades . . . . .	6,00		6,00	6,00
Seguros contra accidentes . . . . .	3,00		3,00	3,00
	22,60%	24,00%	41,69	42,45

(°) De L. 900 para los hombres y L. 750 para las mujeres.

## INFORMACIONES SOCIALES

El Estado, según lo hemos dicho, participa con una cuarta parte del gravamen concerniente a la adecuación de las pensiones y con quince billones anuales para los tratamientos mínimos. En conjunto, en 1952, el gravamen a cargo del balance estatal resultó de 55 billones. A esta contribución hay que agregar los dos billones destinados a favor de la gestión para la desocupación: gravamen este que evidentemente es poca cosa frente a la acción del Estado para la lucha contra la desocupación, mediante obras públicas.

### 5.—LCS INSTITUTOS DE PREVISION Y LOS SEGUROS OBLIGATORIOS

La acción de la previsión social en Italia —es decir con carácter general y no particular de categoría— se basa sobre tres grandes pilares:

- El Instituto Nacional de la Previsión Social;
- El Instituto Nacional para el Seguro contra los Accidentes y las Enfermedades Profesionales;
- El Instituto Nacional para las Enfermedades.

Mientras que para los dos últimos institutos, el contenido de la respectiva acción social se halla indicado y delimitado por la denominación misma de la entidad, en el Instituto de Previsión Social, se reúnen por designación institucional, numerosas actividades de las cuales hemos ya hablado: el seguro de invalidez, vejez y sobrevivientes con la relativa gestión del fondo de adecuación de las pensiones; la gestión del seguro contra la desocupación y la tuberculosis; la gestión del seguro para la maternidad, limitadamente a algunas categorías marginales: las varias gestiones, por sector de actividad, relativas a las asignaciones familiares; la gestión de la Caja de Integración Salarial para los obreros industriales que trabajan con horario reducido; algunas gestiones de previsión de categoría, como la Caja Nacional para la Previsión Marítima, el Fondo de Previsión para el Personal adjunto a los servicios públicos de Transporte, el Fondo de Previsión para el personal dependiente recaudador de los impuestos directos, al Fondo de Previsión para el personal adjunto a los servicios públicos de Telefonía y a otras gestiones menores.

Fuera de estos tres grandes organismos fundamentales —que son entidades institucionales, a las cuales el Estado delega una pública función sobre base nacional—, existe un conjunto de entidades autónomas menores con fines de previsión de categoría, especialmente en el campo de la asistencia para las enfermedades. Ello reafirma que la exigencia de previsión basada en la solidaridad colectiva, se extiende siempre más y más.

## INFORMACIONES SOCIALES

### 6.—OTRAS FORMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

A la previsión verdadera y propia expresada por los sistemas de seguros, se agregan numerosas asistencias que realizan una notable protección social, de formas y fuentes diversas. Recordaremos algunas de particular interés.

a).—**Adiestramiento profesional.**—Está organizado por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social mediante cursos **normales** destinados a los trabajadores independientemente de su estado de desocupación, y otros cursos —de carácter preminente— **para trabajadores desocupados.**

Los cursos **normales** o profesionales, tienen el objeto de integrar —a los fines de la clasificación del trabajador— la enseñanza práctica del oficio o de la profesión que se realiza con el aprendizaje, en el establecimiento. Los mencionados cursos pueden tener lugar sea en el establecimiento mismo o en escuelas gubernamentales o libres.

Para la actuación y el coordinamiento de los cursos profesionales en los varios sectores se han instituido especiales entidades previstas por la ley y exactamente son: el Instituto Nacional del Adiestramiento y Perfeccionamiento de Trabajadores de la Industria (I. N. A. P. L. I.) y el Ente Nacional para el Adiestramiento de los Trabajadores del Comercio (E. N. A. L. C.).

Para los mencionados cursos se destinó la suma de mil quinientos millones, en el ejercicio 1952-1953.

Los cursos para **Trabajadores desocupados** han sido cuatro mil seiscientos setentisiete en 1951-1952 frecuentados por 134,336 desocupados, en 14'868,648 jornadas de trabajo. Para el ejercicio 1952-1953 se fijó la suma de 8,500 millones, que repartida entre las varias provincias, ha permitido la institución de 2,619 cursos con 70 mil alumnos.

No hay ninguna duda que esta acción orientadora y formativa de las energías del trabajo, será fecunda en resultados concretos y apreciables, también a los efectos de las mayores posibilidades que la calificación profesional ofrece para la emigración de la mano de obra.

No debe callarse que conforme las orientaciones más recientes, el adiestramiento profesional tiende, entre otras cosas, a crear y extender progresivamente un sistema científico de selección en las aptitudes sicofisiológicas.

b).—**Casa de los Trabajadores.**—Tres tipos proveen a la vivienda económica y popular, dos de ellos existieron antes de la guerra, es decir los Institutos Provinciales para las Casas Populares y el Instituto Nacional para la Vivienda de los Empleados del Estado, y otra creada después de esta guerra, el Plan para el Incremento de la Ocupación Obrera.

Dicho Plan, financiado por la contribución obligatoria de los empleadores y trabajadores, conforme a ley de 28 de febrero de 1949 N° 43, conocido bajo el nombre "Plan Fanfani", aspira a dar trabajo a los desocupados incrementando la actividad constructiva de viviendas.

Para su realización práctica provee, sirviéndose de la obra de entidades ya existentes y de profesionales en un clima de simplicidad y agilidad, la "Gestión I. N. A. — Casa", cuyo programa que dura siete años

## INFORMACIONES SOCIALES

prevee erogaciones de un importe global de 300 billones para la construcción de viviendas en 4,210 Comunas (de las cuales 80,238 resultaban ya terminadas al 30 de junio de 1952) con un total de 850 mil cuartos, distribuídos en todas las provincias de Italia, pero especialmente en el Sur y en las Islas.

Al desarrollo de la vivienda económica-popular han contribuído notablemente los Institutos de Previsión: el Instituto Nacional de Previsión Social, con aproximadamente 19 billones entre financiacíones ya erogadas o comprometidas en estos últimos años y construccíones en administración directa, ya realizadas o en curso; y el Instituto Nacional de Seguro contra los Accidentes de Trabajo, con inversiones de, aproximadamente 31 billones de liras.

c).—**Para la familia y los huérfanos de los trabajadores.**—La tutela de la familia del trabajador está imbuída de todas las formas de previsión social desde el momento que para los fines de la erogación de las prestaciones, todas ellas consideran no al asegurado solo sino a su núcleo familiar. En este cuadro es preciso poner en su debido relieve la acción que es desarrollada por la protección e instrucción de los huérfanos, de los trabajadores, principalmente por la Entidad Nacional para la Asistencia a los Huérfanos de los Trabajadores. Se trata de un organismo autónomo, pero coligado con el sistema de previsión. Efectivamente, su balance es alimentado por una cuota de contribuciones empozadas al seguro contra accidentes y por contribuciones que antes se debían por el suprimido seguro para los matrimonios y nacimientos. Por otro lado, el huérfano tiene derecho a la asistencia cuando uno de sus padres (el difunto o el sobreviviente) forma parte de las categorías sujetas al seguro obligatorio.

Las tareas específicas del E. N. A. O. L. I. consisten: en el mantenimiento de los huérfanos que posee en sus seis colegios, en administración directa y en los 308 colegios convencionales. Esta forma de asistencia incluye la educación, la instrucción y la formación profesional, que se impone cuando la familia falte total o parcialmente o no ofrezca más los requisitos para la solvencia de su misión. Además opera en la esfera del encaminamiento a la profesión y en la colocación de los huérfanos; y por fin en toda otra forma de asistencia moral y material (asistencia escolar, climática, sanitaria, etc.).

Entre los otros organismos que proveen la asistencia a los huérfanos en formas análogas a las del E. N. A. O. L. I. merece ser recordada la Obra Nacional para los Huérfanos de Guerra, que administra directamente tres colegios y otorga en concesión colonias agrícolas.

d).—**Para la Maternidad y la Infancia.**—La tutela y la asistencia de la madre y del niño está confiada a la Obra Nacional de Maternidad e Infancia (O. N. M. I.).

Su tarea principal es la asistencia directa, que se realiza bajo los aspectos más variados, desde el sanitario, económico, físico hasta el moral.

Su campo de actividad es el más vasto, del momento que la ley incluye las personas susceptibles de asistencia, las gestantes y las madres necesitadas y abandonadas, los lactantes y los niños hasta el quinto año,

## INFORMACIONES SOCIALES

pertenecientes a familia que no pueden prestar los cuidados necesarios, los muchachos de cualquier edad pertenecientes a familias necesitadas y los menores animales o abandonados o extraviados o delincuentes hasta la edad de dieciocho años.

El sector en el que se ha afirmado mayormente la actividad del O. N. M. I. ha sido el de la asistencia higiénico-sanitario a la madre y al niño en su tierna edad.

A la Obra pertenece además, la vigilancia y el control sobre las instituciones públicas y particulares que tienen por objeto la asistencia a la maternidad y a la infancia, además de la propaganda para la difusión de las medidas y de los métodos de higiene infantil y de la vigilancia sobre la aplicación de las leyes y reglamentos de la materia.

El conjunto técnico a través del cual se desarrolla la actividad asistencial comprende más de siete mil instituciones entre consultorios de maternidad, pediátricos, dermosifilopáticos, refectorios de maternidad, asilos para niños, casas de la madre y del niño, etc.

En el año financiero 1952-1953 el O. N. M. I. asistió a 352,639 mujeres y a un millón 696,931 niños y muchachos, con un gasto de más de ocho billones, incluyendo las subvenciones a otros institutos y los gastos de propaganda higiénica para la madre y el niño. Suprograma actual se orienta a potenciar ulteriormente su propia organización y sus organismos, a rendir una asistencia siempre más adecuada a las particulares necesidades de cada madre y, de cada niño, con el fin de lograr que la tutela alcance el más alto nivel de perfección técnica y de sensibilidad humana.

## 7.—EL CAMINO RECORRIDO Y LOS NUEVOS PROBLEMAS.

Camilo di Cavour proclamaba en 1848 —obsérvese la fecha— la absoluta necesidad de reconocer **“como riguroso deber social en no dejar a nadie expuesto a caer víctima de las extremas miserias”**.

No obstante esta humana afirmación de tan amplio horizonte del gran estadista liberal podríamos hacer una larga y variada lista de los sucesivos y renovados llamados procedentes de todas partes, y naturalmente de los trabajadores interesados sobre la misma **absoluta necesidad** de adecuadas previsiones sociales.

La martillante acción continúa. Son recientes las encuestas parlamentarias Tremelloni y Vigorelli, respectivamente sobre la desocupación y la miseria. Si no hubiéramos ya descrito el gran camino recorrido en el amplio sector de las realizaciones de Italia, un observador poco atento podía pensar que... poco se ha hecho. La verdad es que factores demográficos y acontecimientos históricos entre ellos guerras y crisis económicas, transformación de procesos productivos, evolución en los sistemas de transporte, determinan nuevas luchas y exigencias sobre todo en el campo social y en la distribución de la renta. Más, mirando el camino recorrido para derivar estímulos para la inevitable acción ulterior, los italianos pueden reconocer —dados los recursos nacionales, las formas pro-

## INFORMACIONES SOCIALES

ductivas y los problemas de la producción grandes pasos realizados que preludian mayores realizaciones.

Los orígenes fueron inspirados en la caridad y beneficencia. Siguiéron después formas mutuales y de seguro libre. Y todo ello pareció inadecuado a las necesidades y a la naturaleza imprevidente de los hombres. La misma forma del seguro obligatorio, aparece ahora insuficiente, en relación con vastas categorías de trabajadores independientes que se hallan excluidos, o por acontecimientos políticos que causan la devaluación de la moneda; de manera que se estudian planes de un seguro social general. Un gran socialista, Jean Jaures, dijo que la historia nunca eximirá a los hombres del deber de tener coraje personal y de la responsabilidad personal. En todos los países a las formas de seguro de previsión se juntan las asistenciales, que también en Italia tienen un notable y variado desarrollo. (1).

El problema, actual y universal de la protección social se amplía siempre más, porque más viva y alta es la conciencia de los valores humanos en el interés mismo de una producción de la riqueza más intensa y racional. Ello será necesariamente condicionado por la evolución de las formas y posibilidades del desarrollo agrícola e industrial, de las relaciones entre los pueblos, y también por una siempre más madura conciencia de los ciudadanos. No pueden existir esquemas pre-constituídos para situaciones que son y serán necesaria y fatalmente diversas y mutables. Lo que podrá animar en la obra tesonera para las mejores y mayores realizaciones sociales, es la conciencia de la necesidad humana y nacional de la solidaridad, junto con el firme propósito de organizar en forma siempre menos imperfecta el sistema de las providencias en beneficio de quien trabaja o ha trabajado, combatiendo los desperdicios, reduciendo los gastos, potenciando la eficiencia y la prontitud de los servicios y todo esto con la visión superior de los intereses generales del país.

---

(1) Véase: **Fonti Forme dell'assistenza familiare in Italia.** Instituto Nazionale della Previdenza Sociale, Roma, 1953; **Organi ed enti di assistenza pubblica e privata in Italia.** Amministrazione aiuti internazionali, Roma, 1952.

## *Boletín Institucional*

### **ENERGIA ELECTRICA PARA EL HOSPITAL OBRERO DE HUARIACA**

El Consejo Directivo de la Caja, en su sesión de 21 de abril de este año, acordó contratar con la Compañía Minera Atacocha la provisión de energía eléctrica para el Hospital de Huariaca, en mérito al informe favorable del Departamento de Ingeniería que sugería, además, la adquisición de un grupo electrógeno pequeño para abastecer el nosocomio en caso de emergencia.

### **ADQUISICION DE TERRENOS EN AREQUIPA**

En su misma reunión el Consejo Directivo, tomó conocimiento de la tasación de terrenos efectuada en Arequipa, con autorización de la Gerencia, por el ingeniero de la Municipalidad don Carlos Iriberry. El Consejo autorizó la compra de 353.40 m<sup>2</sup>. de propiedad del señor Walter Carbajal por S/. 30,000.00 e igualmente, la compra del terreno y construcción de 296.40 m<sup>2</sup>. de propiedad del señor Sabino Santillana por S/. 60,000.00.

Estos terrenos, colindantes con el Hospital Obrero de Arequipa, serán destinados al remodelamiento y ampliación de dicho plantel asistencial.

### **INVERSION DE RESERVAS**

Previo informe del Departamento de Ingeniería, el Consejo prestó su aprobación a la adquisición del edificio "Lord Nelson", ubicado en la calle del mismo nombre en Miraflores. El edificio consta de tres plantas con 30 departamentos y rendimiento bruto mensual de S/. 31,700.00, habiéndose adquirido por valor de S/. 2'650,000.00.

### **ADQUISICION DE TERRENOS EN ICA**

En el curso de la reunión, el Consejo, teniendo en cuenta la urgente necesidad de facilitar el acceso a los nuevos garages y mortuario construídos en el Hospital de Ica, acordó la compra de 556.20 m<sup>2</sup>. por el precio de S/. 14,745.00.

Se hizo presente, además, que quedaba pendiente un acuerdo con la Municipalidad de Ica sobre el valor del terreno, cuando se realice la ur-

## INFORMACIONES SOCIALES

banización por ese sector proyectada, y se ejecuten las obras de agua, desagüe, pavimentación y luz.

### OBRAS EN CONSTRUCCION

Con la finalidad de completar su primer programa de construcciones hospitalarias, la Caja se encuentra empeñada en la terminación y equipamiento de los Hospitales de Cerro de Pasco y Huariaca, centros asistenciales que prestarán sus servicios a la masa obrera de una de las más importantes zonas mineras del país.

La calidad de los materiales que se emplean, la adecuada supervigilancia técnica, el continuo y sistemático examen de los proyectos y anteproyectos, así como la utilización de las más modernas técnicas en construcciones hospitalarias, garantizan la excelente construcción de estos nosocomios, destinados a proteger el potencial económicamente activo del país.

A continuación ofrecemos una reseña de las actuales obras y de los proyectos por ejecutarse:

**Hospital de Cerro de Pasco.**—Está terminada la estructura de este hospital, cuya capacidad será de 33 camas. Se está dando término a los trabajos de instalación sanitaria, así como colocación de pisos; próximamente se efectuarán los correspondientes a las instalaciones mecánicas de lavandería, cocinas, calderos y calefacción.

Se ha terminado el proyecto definitivo de subdrenaje perimetral para asegurar la evacuación de las aguas del subsuelo, dentro del perímetro del edificio, conectado a un túnel que arrastrará dichas aguas detrás de la línea adyacente del ferrocarril. Asimismo, se ha dado término al proyecto referente a la eliminación de las aguas superficiales.

En breve se procederá a la colocación de todos los muebles fijos, antes de la pintura general del edificio.

Este hospital se construye sobre un área de 9,209.95 m<sup>2</sup>. y contará con piso base y dos plantas; en el piso base se instalará los equipos de lavandería, cocinas y calderos, garages, comedores, alojamiento de personal manual, talleres y depósitos. En la primera planta, en su parte anterior, están ubicadas las oficinas de administración; laboratorios, farmacia, rayos X y consultorios generales; la parte posterior estará dedicada a hospitalización, sala de operaciones, emergencia y partos; el segundo piso será destinado a residencia de médicos, enfermeras, empleados, etc. en zonas independientes.

Al 30 del presente mes de junio, se ha invertido la suma de S/. S/. 9'084,923.83.

**Hospital de Huariaca.**—Ubicado a corta distancia de la ciudad del mismo nombre, al otro lado del río Huallaga, con puente propio de hierro para el acceso, ocupa un área total de 17,934 m<sup>2</sup>.

Contará con tres plantas y piso base. La primera planta será destinada al alojamiento del personal femenino de 1<sup>a</sup> categoría, oficinas de

## INFORMACIONES SOCIALES

administración, consultorios generales, servicios de farmacia, rayos X, laboratorios, etc.; en la parte posterior del primer piso se instalarán los servicios de lavandería, cocinas, comedores, morgue, cámaras frigoríficas y capilla. Los pisos 2º y 3º serán destinados a hospitalización. El piso base contará con las instalaciones mecánicas como calderos, tableros, subestación eléctrica, depósitos y un bazar, que constituye novedad en los hospitales de la Caja.

Las obras prosiguen activamente; se ha remodelado el Hospital en sus 3 pisos y piso base; prácticamente se ha terminado los trabajos generales. Actualmente se está concluyendo la ampliación de los comedores, cocinas, lavandería, cámaras frigoríficas, morgue-mortuorio, depósitos y capilla.

En breve lapso se procederá a la instalación sanitaria de acuerdo con las nuevas distribuciones ambientales, así como las instalaciones mecánicas de los servicios de lavandería, calderos, etc.

A fin de proveer permanentemente al Hospital de agua, en las mejores condiciones sanitarias, se está terminando el proyecto de mejoras en las obras de captación, limpia y reservorio sobre la base de los planos topográficos levantados.

Por último, se está estudiando el tratamiento y eliminación de las aguas negras de este centro asistencial, mediante un tanque séptico adecuado; y se está terminando los proyectos de residencia del médico-director, administrador, médicos residentes, empleados y personal.

Al 30 de junio del presente año, la inversión en este hospital es de S/. 3'823,457.21.

### PRESTAMOS ACORDADOS POR EL FONDO DE EMPLEADOS

La siguiente es la relación de servidores de la Caja Nacional de Seguro Social, que han obtenido préstamos para la construcción, ampliación, reconstrucción o compra de viviendas para casa-habitación:

#### SESION DE 10. DE ABRIL DE 1955

Sr. Toribio Alarco Paiva . . . . .	S/.	54,332.42
„ Hugo Brigneti Lozada . . . . .	„	43,686.92
Dr. Pedro Calosi Razzetto . . . . .	„	129,188.45
Srta. Eva Chávez Manrique . . . . .	„	43,302.06
„ Isabel Flores Menacho . . . . .	„	50,115.13
Sr. Ricardo García y Sra. . . . .	„	80,000.00
„ Jorge Haro Villegas . . . . .	„	86,125.64
Srta. Olga Pope Lezama . . . . .	„	39,536.66
Sr. Sócrates Sulópulos M. . . . .	„	228,836.23
„ Carlos Puppo Mazzetti . . . . .	„	90,431.92
„ Alfredo Descailleux U. . . . .	„	68,000.00

## INFORMACIONES SOCIALES

## Ampliaciones

Sr. Eduardo Borda Z. ....	”	9,162.60
Dr. Juan Franco Ponce . . . . .	”	7,519.56
” Alberto Cornejo D. . . . .	”	8,759.16
” Carlos Fitzgerald . . . . .	”	8,851.81
” Carlos Peschiera C. . . . .	”	6,407.41
Sr. Juan Mendizábal Rivera . . . . .	”	5,000.00
” Juan Pérez Carrascal . . . . .	”	8,323.07
” Eduardo Pérez Villarreal . . . . .	”	5,949.74
Dr. Carlos A. Seguíñ E. . . . .	”	14,614.31
” Leopoldo Molinari B. . . . .	”	27,866.01

## SESION DE 17 DE JUNIO DE 1955

Sr. Fabio Espinoza Alva . . . . .	S/.	31,528.00
Sra. Emma Tasso de Pacora. . . . .	”	37,000.00
Sr. Julio Marqui R. . . . .	”	36,000.00
” Francisco Quiñóñez P. . . . .	”	83,806.91
Srta. Flora Díaz Noël . . . . .	”	50,115.13
Sra. Margarita Alvarez de Carbajal . . . . .	”	41,419.36
Ing. Alejandro Herrera R. . . . .	”	90,000.00
Srta. Angélica Flores Oré . . . . .	”	31,500.00
Dr. Víctor González Pinillos . . . . .	”	81,923.37
” Julio Bedoya Paredes . . . . .	”	97,760.00
” Néstor Acevedo Vargas . . . . .	”	84,794.23
” Francisco Alayza E. . . . .	”	105,732.34
Sra. Dorca Rojas de Torres . . . . .	”	38,902.16
Dr. Americo Ormeño Ccllado . . . . .	”	139,590.10
” Guillermo Barboza F. . . . .	”	108,697.21
” Esteban Roca Costa . . . . .	”	50,000.00
Sr. Alfonso Varea Freyre . . . . .	”	75,000.00
Dr. Jorge Calderón Salinas . . . . .	”	91,534.49
Sr. Arturo Rossi Anderson . . . . .	”	45,000.00
” Manuel Ravines Pérez . . . . .	”	116,019.97
Dr. Jorge García Stens . . . . .	”	106,193.92

## Ampliaciones

Sr. Victoriano Zelaya León . . . . .	”	6,000.00
” Reynaldo Calderón Roca . . . . .	”	1,703.79
Dr. Alberto Lepage Ríos . . . . .	”	10,500.00
” Oscar Lazarte A. . . . .	”	11,129.76
” Manuel de la Flor H. . . . .	”	20,383.93
Sr. Enrique Gálvez F. . . . .	”	12,128.32
” Ceferino Meza Ch. . . . .	”	9,304.32
Sta. Carmen Heredia A. . . . .	”	5,675.14
Dr. Julio Napanga M. . . . .	”	9,621.52

## INFORMACIONES SOCIALES

Sr. Ernesto Puertas .....	„	22,570.00
Dr. Gilberto Barrantes B. ....	„	7,176.84
Sr. Luis Vinatea M. ....	„	61,873.73
„ Alberto Buckley S. ....	„	7,000.00
„ César A. Paredes Ch. ....	„	17,126.00
„ Julio Candela P. ....	„	7,800.00
Sta. Enriqueta Márquez S. ....	„	3,482.06
Sr. Ernesto Pessagno C. ....	„	10,000.00
„ Pedro Popovich A. ....	„	4,000.00
Total .....		S/. 2'785,991.70

Es digno de remarcarse que desde 1952, en que se comenzó a otorgar este beneficio, hasta el 30 de junio de 1955, se han concedido 195 préstamos a otros tantos servidores de la Caja, por un monto total de S/. 13'348,956.46.

### OBRAS ADICIONALES EN LOS EDIFICIOS DE LA AVENIDA 28 DE JULIO

El Comité Ejecutivo de Inversión del Fondo de Empleados, en su reunión de 1º de abril último, aprobó los siguientes presupuestos por obras adicionales presentados por el contratista Ingeniero Alfonso Moncloa, en los edificios que construye actualmente:

- 1.—Obras de cocina, por un monto de S/. 21,800.00.
- 2.—Aceras, jardines, demolición de cercos y construcción de cercos provisionales, ascendentes a S/. 46,035.00.

### CONSTRUCCION DE DOS NUEVOS BLOQUES

El indicado Comité, aprobó también la propuesta presentada por el Ingeniero Alfonso Moncloa, para edificar 2 nuevos edificios de 6 departamentos cada uno, en terrenos de la Caja contiguos al Hospital Obrero de Lima, por S/. 759,771.81 cada uno. Se hace notar que dentro de esta suma no se consideran los siguientes gastos: licencia municipal de construcción, pistas y aceras exteriores, obras de jardinería, pagos por conexión y suministros de agua, desagüe, luz y fuerza eléctrica.

### MOVIMIENTO DE ASEGURADOS EN LOS MESES DE ENERO A ABRIL DE 1955

Proporcionado por el Departamento de Afiliados de la Oficina Matriz, insertamos a continuación un cuadro referente al movimiento de afiliados en los cuatro primeros meses del año en curso.

Del mismo se desprende que en dicho período, se han producido 19,511 nuevas inscripciones y canjeado 287,778 libretas del año anterior por las correspondientes a 1955.

## INFORMACIONES SOCIALES

Igualmente se ha entregado libretas del presente año a 5,687 asegurados, que al reingresar al trabajo, se presentaron directamente a nuestras oficinas en demanda de este documento, se han afiliado en el seguro facultativo a 5 domésticos del servicio particular y reinscrito a 27 inválidos recuperados.

El total de asegurados activos, repartidos en las distintas zonas afectadas a la acción del régimen asciende a 313,008, según consta de la columna respectiva.

**MOVIMIENTO DE ASEGURADOS EN LOS MESES DE  
ENERO-ABRIL DE 1955**

Zona	Nuevas ins- cripciones	Canje	Rein- gresos	Facul- tativos domés- ticos	Inváli- dos reins- critos	Total de asegurados
Lima . . . . .	8,946	137,461	3,206	5	22	149,640
Piura . . . . .	409	6,737	93	—	—	7,239
Chiclayo . . . . .	1,539	24,949	275	—	—	26,763
Chocope . . . . .	674	14,207	110	—	1	14,992
Trujillo . . . . .	538	7,448	156	—	—	8,142
Chancay . . . . .	2,061	21,163	605	—	—	23,829
Yauli . . . . .	1,739	12,035	142	—	—	13,916
Cañete . . . . .	579	11,469	158	—	—	12,206
Callao . . . . .	730	12,796	271	—	2	13,799
Chincha . . . . .	283	8,527	117	—	—	8,927
Ica . . . . .	750	11,721	200	—	1	12,672
Pisco . . . . .	277	5,635	120	—	—	6,032
Arequipa . . . . .	986	13,630	234	—	1	14,851
Totales . . . . .	19,511	287,778	5,687	5	27	313,008

**ESTADISTICA HOSPITALARIA DEL AÑO 1954**

Publicamos seguidamente, un cuadro que reseña el movimiento asistencial registrado en cada uno de nuestros nosocomios, durante el año último.

**ESTADÍSTICA HOSPITALARIA**

Hospital de:	Nuevos pacientes admitidos	Hospitalizados	Altas de hospitalizados	Estancias producidas	Mortalidad %	Consultas en consultorios externos	Nuevos pacientes en consultorios externos	Intervenciones quirúrgicas	Lab. Clínico y Análisis	Radiografías	Rayos-copias	Fisioterapia aplicaciones	Ser. Médico rural	Sex. Médico domiciliario	Fórmulas preparadas	Inyectables despachados
Arequipa	2,241	1,309	1,311	41,164	1.6	68,557	932	433	19,683	4,081	2,339	1,680	4,434	2,733	65,554	149,310
Callao	4,094	—	—	—	—	98,712	4,094	331	18,029	2,975	3,914	6,100	—	3,796	89,827	79,618
Cañete	3,522	1,828	1,817	21,552	0.4	15,532	1,694	138	8,462	1,930	869	328	4,121	—	77,744	74,340
Chiclayo	13,759	1,983	1,940	46,865	1.7	38,333	11,766	214	21,900	3,912	1,144	915	51,267	—	69,144	129,370
Chincha	3,264	1,019	1,024	22,326	0.9	15,596	2,245	210	10,673	549	308	167	1,202	—	53,149	52,753
Chocope	5,408	1,505	1,464	30,622	2.2	26,636	3,903	447	14,306	1,293	5,538	628	64,858	—	114,683	164,415
Huacho	8,137	2,353	2,314	38,514	1.3	41,402	5,784	220	13,961	2,077	430	427	80,991	225	122,898	179,813
Ica	7,499	2,218	2,189	31,532	1.3	37,239	5,281	295	11,654	3,272	2,955	1,378	4,132	155	66,219	100,758
La Oroya	36,766	1,984	1,957	36,126	1.5	20,388	34,782	698	13,363	3,511	1,301	1,177	10,592	—	75,832	126,106
Lima	53,194	11,689	11,362	292,785	2.5	535,035	42,505	8,794	267,661	25,968	—	26,076	32,669	25,032	1'307,916	995,820
Pisco	814	—	—	—	—	12,413	814	—	1,457	328	359	—	2,920	387	18,089	9,663
Piura	1,844	1,205	1,238	17,692	1.2	6,058	639	490	6,165	2,185	—	486	369	21	10,748	54,832
Trujillo	2,291	1,086	1,093	22,912	1.6	21,588	1,205	412	9,465	1,944	939	3,240	5,979	3	55,853	76,517
<b>Total</b>	<b>142,833</b>	<b>28,179</b>	<b>27,709</b>	<b>602,090</b>	<b>1.4</b>	<b>937,459</b>	<b>115,654</b>	<b>12,682</b>	<b>415,779</b>	<b>54,025</b>	<b>20,096</b>	<b>42,602</b>	<b>263,524</b>	<b>32,352</b>	<b>2'127,656</b>	<b>2'193,315</b>

# Información Nacional

---

## PRIMER CONGRESO DE INGENIERIA SANITARIA

Conforme anunciáramos en nuestro número anterior, se celebró en Lima, entre el 28 de marzo y el 2 de abril, del presente año, el certamen del rubro, inaugurado en solemne ceremonia presidida por el Ministro de Fomento y Obras Públicas.

En el desarrollo de las diversas sesiones plenarias, se abordaron diferentes temas; así como el estudio de numerosos trabajos presentados por las Comisiones creadas con tal fin.

La sesión de clausura fué presidida por el doctor Carlos Lazarte, Director General de Salud Pública, en el curso de la cual leyó un importante discurso el Ingeniero Alfonso Pons, Presidente del certamen, resaltando los resultados y contribuciones del Congreso, remarcando la formación de una conciencia nacional sobre la importancia de los problemas sanitarios y su apreciación práctica y analítica.

El Congreso aprobó numerosos acuerdos y votos, recomendando a la Asociación de Ingenieros Sanitarios la tarea de llevarlos a la práctica.

La importancia de esta reunión ha sido obvia, por su vinculación estrecha con la salud pública, tratando de mejorar y salvaguardar el potencial humano constituyendo sus acuerdos y conclusiones un valioso aporte que ha de servir al Estado, para promover y obtener el bienestar social.

## INAUGURACION DEL NUEVO EDIFICIO DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS INDIGENAS

Con asistencia del señor Presidente Constitucional de la República, General de División, don Manuel A. Odría y de Miembros del Cuerpo Diplomático, Ministros de Estado, Representantes a Congreso, Oficiales de los Institutos Armados, Delegaciones de Empleados y Obreros y numeroso público, se efectuó el día 30 de abril la ceremonia de inauguración del hermoso local del Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas, ubicada con frente a la Avenida Salaverry de Lima.

En este acto, hizo uso de la palabra el señor Ministro de Trabajo y Asuntos Indígenas, doctor Víctor A. Casagrandi, quien destacó la trascendencia de la nueva obra, haciendo una descripción general del edificio y de los materiales utilizados. Agradeció al señor Presidente de la República por el apoyo prestado, que ha hecho posible la realización de

## INFORMACIONES SOCIALES

una obra más dentro de su programa gubernativo, en beneficio de la clase trabajadora del país. Concluyó, después de entregar al Presidente Odría una medalla recordatoria, solicitando al Primer Mandatario que declarase inaugurado el edificio del Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas, quien lo hizo en sencillas frases, siendo aplaudido por la numerosa concurrencia asistente.

La descripción de las características del nuevo edificio demuestra su magnitud e importancia para el progreso y bienestar colectivos: Cuenta con 12 pisos y sótano, siendo el área construida de 37,805 m<sup>2</sup>., posee 11 ascensores eléctricos y automáticos, una gran sala de conferencias, biblioteca, hall de recepción, cafetería y modernos servicios higiénicos. La estructura es de concreto armado, habiéndose empleado concretos de diferentes calidades que proporcionan mayor resistencia al conjunto; igualmente se ha utilizado acero de grado estructural e intermedio; en general, casi en un 82% se ha empleado productos de fabricación nacional; siendo el porcentaje restante productos extranjeros estrictamente necesarios, como máquinas, ascensores, sistema de bombeo, motores, etc. La inversión en esta obra asciende a 50 millones de soles y su construcción ha sido supervigilada por una Comisión Especial.

### PRIMER CONGRESO DE ECONOMIA NACIONAL

**Contemplar en forma integral, los problemas económicos del país y recomendar a los Poderes Públicos las soluciones posibles,** es la finalidad inmediata del Primer Congreso de Economía Nacional, que se realizará en Lima en la segunda quincena del mes de Setiembre. Esta reunión, organizada por iniciativa de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de San Marcos, es patrocinada por el Estado, organismos interesados y elementos de las esferas económicas nacionales.

El temario, ya elaborado, comprende puntos diversos, entre ellos la Producción, Aspectos Generales, Correlación entre las distintas Actividades Productoras del País, Comercio y Transportes, Moneda y Bancos, Aspectos Sociales, etc.

### PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO DE LAS POBLACIONES INDIGENAS DE FUNO

Por Resolución Suprema N° 9 de 2 de junio de 1955, se ha aprobado el Programa del rubro, formulado por la Dirección General de Asuntos Indígenas sobre la base de sus propias investigaciones y de los estudios especiales efectuados por la Misión Andina de las Naciones Unidas. El mencionado Programa comprende los siguientes aspectos: Agricultura y Ganadería, Salud, Educación, Bienestar Rural, Migraciones, Empleo y Capacitación de Mano de Obra.

El mismo dispositivo, crea una Comisión que se encargará de coordinar la colaboración de las Reparticiones e Instituciones Públicas competentes, así como de aprobar los planes para la ejecución del Programa y vigilar su aplicación. Esta Comisión será presidida por el Ministro de

## INFORMACIONES SOCIALES

Trabajo y Asuntos Indígenas e integrada por un Delegado de cada uno de los Ministerios siguientes: Agricultura, Salud Pública y Asistencia Social, Educación Pública, Fomento y Obras Públicas y Hacienda y Comercio; así como un Delegado del Banco de Fomento Agropecuario del Perú; actuando como miembro nato de la Comisión, el Director General de Asuntos Indígenas que a su vez ejercerá las funciones de Secretario General Coordinador.

La Comisión está facultada para solicitar la colaboración de las organizaciones internacionales, con las que el Gobierno ha celebrado o celebrará acuerdos de asistencia técnica en relación con el Programa; además, podrá organizar en el Departamento de Puno una Sub-Comisión Ejecutiva, que será integrada por funcionarios de las Reparticiones e Instituciones miembros de la Comisión.

**Instalación de la Comisión.**—Tuvo lugar el día 24 de junio, en el Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas, habiendo concurrido a la ceremonia, además de los miembros de la Comisión, el Director Regional de la Misión Andina de las Naciones Unidas, el Director del Programa de Cooperación del "Punto Cuarto", el Presidente y Miembros de la Comisión Pro-Indígena del Senado; miembros de la Comisión "Asuntos Indígenas" de la Cámara de Diputados, diversos representantes de organismos nacionales e internacionales y funcionarios del Ministerio del Ramo.

Integran la Comisión Ejecutiva, las siguientes personas: Presidente, Dr. Víctor A. Casagrandi, Ministro de Trabajo y Asuntos Indígenas; Sr. Santiago Salinas, Director Nacional de Estadística; Dr. Carlos Lazarte E., Director General de Salud Pública; Dr. César Bravo R. Director de Educación Rural; Ing<sup>o</sup> Ernesto Noriega C., Director de Colonización y Bosques; Ing<sup>o</sup> Vicente Pesce, Coordinador Técnico del Banco de Fomento Agropecuario; e Ing<sup>o</sup> Francisco Valdez R., Secretario General del Ministerio de Fomento y Obras Públicas.

En el curso de la reunión se dió lectura a un cable del Director General de la O. I. T., congratulando al Ministro de Trabajo y miembros de la Comisión, haciendo votos por la consecución de los objetivos que se persiguen. El Dr. Víctor A. Casagrandi, Ministro de Trabajo y Asuntos Indígenas, pronunció un importante discurso sobre la génesis y orientación del Programa, declarando, al terminar, instalada la Comisión Ejecutiva del Programa Puno-Tambopata. A continuación el Sr. Enrique S. de Lc-zada, Director de la Oficina Regional de la Misión Andina de las Naciones Unidas, hizo uso de la palabra expresando su confianza en el éxito del Programa que ha de coordinar los esfuerzos nacionales en favor del habitante peruano del Altiplano.

### PRINCIPALES ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL PERU

Publicamos a continuación un cuadro general de las enfermedades más frecuentes en nuestro país, declaradas durante los años 1953 y 1954 por los Médicos Sanitarios Provinciales y Distritales, al Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en cumplimiento de las disposiciones pertinentes de la Ley N<sup>o</sup> 2348:

## INFORMACIONES SOCIALES

ENFERMEDADES	1954	1953
Paludismo . . . . .	14,207	19,232
Tuberculosis . . . . .	18,044	17,635
Tos convulsiva . . . . .	14,770	15,149
Disentería . . . . .	8,786	9,583
Sífilis . . . . .	4,447	5,187
Blenorragia . . . . .	5,753	5,053
Sarampión . . . . .	10,149	4,382
Tifoidea . . . . .	3,810	4,200
Varicela . . . . .	4,654	1,961
Verruga . . . . .	395	550
Brucelosis . . . . .	385	442
Tifus Exantemático . . . . .	469	404
Escarlatina . . . . .	379	317
Difteria . . . . .	225	164
Peste . . . . .	62	163
Viruela . . . . .	136	172
Lepra . . . . .	93	92
Poliomielitis . . . . .	73	79
Meningitis C. E. . . . .	71	59
Encefalitis Ag. Epid. . . . .	10	14
Fiebre Amarilla . . . . .	7	0

Puede observarse que algunas de estas enfermedades muestran cierto aumento en 1954, con respecto a 1953 tales como la tuberculosis, el sarampión y la varicela. Igual cosa ocurre pero en menor escala con la blenorragia, tifus exantemático, escarlatina, difteria y fiebre amarilla. Por otro lado, ciertas enfermedades han mostrado apreciable reducción en su incidencia, tales como el paludismo, tos convulsiva, disentería, sífilis y tifoidea, agregándose a este grupo, por su ligera disminución, la verruga, brucelosis, peste, viruela y encefalitis.

Por último, un tercer grupo de enfermedades ha mantenido su incidencia casi estacionaria, centrándose entre éstas la lepra y la poliomielitis.

#### PROXIMO SEMINARIO INTER-AMERICANO DE ADMINISTRACION DE HOSPITALES EN LIMA

Entre los días 8 y 9 de julio próximo se reunirá en Lima, un Seminario Inter-Americano de Administración de Hospitales, que contará con la concurrencia de acreditadas personalidades del mundo científico norteamericano y con la colaboración de autoridades médicas y hospitalarias del país.

Dicho certamen forma parte de las actividades con que inaugura sus trabajos la Oficina Latino Americana del American Hospital Association y que comprende en esta fase inicial, una reunión en la Ciudad de Sao

## INFORMACIONES SOCIALES

Paulo los días 4 y 5 de julio, un Seminario especializado en Lima los días 8 y 9, y finalmente un Certamen en Bogotá durante la semana del 11 al 16 de julio.

Cabe destacar en relación a estas reuniones, que ellas se realizan bajo el auspicio de la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Inter-Americana de Hospitales, en un programa de 3 años, destinado a incrementar la cooperación y cambio de ideas en el Campo de Administración y Dirección de Hospitales de América Latina; a cuyo efecto, la FOA (Administración de Operaciones en el Exterior), ha proporcionado importantes recursos económicos.

A fin de establecer las pautas con arreglo a las cuales se llevarán a cabo estas actividades, se ha creado en Washington un Comité Asesor que está constituido por las siguientes asociaciones: Asociación Americana de Hospitales, Asociación Interamericana de Hospitales, Asociación Médica Americana, Asociación de Hospitales Católicos, Junta Sanitaria Panamericana y el Colegio de Administradores de Hospitales.

El Comité Ejecutivo está integrado por los señores doctores Edwin Crosby, Kenneth Williamson, Director del Washington Service Bureau y José González, que ha sido nombrado Director de la Oficina Latino Americana. Además, a través de estos programas se ha asegurado adicionalmente la cooperación de otras entidades con vasta experiencia en esta área, tales como el Departamento de Estado de los Estados Unidos, Kellogg Foundation, John Hopkins University, el American College of Surgeons y Pan American Sanitary Bureau.

Los objetivos del Plan son los siguientes:

- 1.—Proveer adecuadas facilidades hospitalarias mediante el perfeccionamiento de las prácticas médico-administrativas.
- 2.—Desarrollar y mantener standards de calidad en el cuidado de los pacientes.
- 3.—Acreditar el mayor número de hospitales latinoamericanos en líneas semejantes al programa similar en Estados Unidos.
- 4.—Establecer programas de entrenamiento para el personal encargado de los pacientes.
- 5.—Standardizar las normas administrativas en los hospitales.
- 6.—Establecer una estrecha cooperación entre las autoridades hospitalarias mediante la organización de Asociaciones Nacionales de Hospitales.
- 7.—Promover actividades de investigación en el campo de hospitales con especial referencia a las normas vigentes en Hospitales Latino Americanos.

La exposición de los puntos que anteceden, acredita el interés que este programa ha de encontrar en América Latina y en nuestro país, no solamente entre los funcionarios encargados de la Administración de Hospitales sino en general en el cuerpo médico y paramédico.

Al próximo Seminario de Lima concurrirá un selecto grupo de profesionales norteamericanos, entre los que se cuentan los siguientes: Dr.

## INFORMACIONES SOCIALES

Edwin L. Crosby, Director de la Asociación Americana de Hospitales, Dr. Robin C. Buerki, Director del Hospital Henry Ford, Sr. Ray Brown, Presidente Electo de la Asociación Americana de Hospitales y Director de la Universidad de Clínicas de Chicago, Sita. Ruth Slexer, Directora de los Servicios de Enfermería del Hospital General de Massachusetts, Sr. Kenneth Williamson, Sr. Dean Conley, Director Ejecutivo del Colegio Americano de Hospitales, Rvdo. Padre John Flanagan, Director Ejecutivo de la Asociación Católica de Hospitales de los Estados Unidos y Canadá y el Dr. José González, Director del Programa Latinoamericano de Hospitales.

Aún cuando la reunión de Lima comprenderá sólo dos días, ha sido preparado un nutrido programa que abarca exposiciones y discusiones, contándose para ello con la cooperación de los profesionales peruanos: Dr. Guillermo Almenara, Superintendente General de Hospitales de la Caja Nacional de Seguro Social y actual Presidente de la Asociación Inter-Americana de Hospitales, Dr. Oswaldo Herceles, Dr. Alberto Hurtado, Dr. Antonio García Erazo, Dr. Guillermo Kaelin, Superintendente del Hospital de Empleados, y Dr. Juan Phillips, Director del Hospital Obrero de Lima.

Los distintos actos relativos a este certamen se llevarán a cabo en el Hospital Obrero de Lima.

## V CICLO DE INFORMACION SOBRE CUESTIONES SOCIALES PARA TRABAJADORES

Con la asistencia de más de dos mil trabajadores, el día 13 de mayo fué inaugurado el V Ciclo, en ceremonia efectuada en la Galería de las Américas del Estadio Nacional.

El acto fué presidido por el Coronel Manuel Pérez Godoy, Director General de la Oficina Nacional de Informaciones Sociales, acompañado por las siguientes personas: Dr. Edgardo Rebagliati, Comandante Héctor Castañeda, Dr. Manuel A. Vigil, Dr. Guillermo González Rosales, Sr. Ernesto Zapata, Sr. Eliseo Vegas A. y Sr. Gonzalo Abad.

Además asistieron Representantes Nacionales, Profesores del Ciclo, dirigentes sindicales, empleadores, etc.

Después de entonarse el Himno Nacional, el Coronel Pérez Godoy, destacó los propósitos educativos de los Ciclos para Trabajadores, cediendo el uso de la palabra al Dr. Edgardo Rebagliati, organizador de los Seguros Sociales de obreros y empleados, quien disertó sobre "La Previsión Social en el Perú", haciendo una síntesis histórico-general de las medidas e instituciones de previsión social en el Perú desde el Incanato hasta nuestros días.

Posteriormente, el Comandante Héctor Castañeda, expuso el tema "Movimiento Cooperativo en favor del Movimiento Sindical".

## EXTENSION DEL PROGRAMA COOPERATIVO DE SALUD PUBLICA

En virtud de un acuerdo suscrito entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto de Asuntos Inter-americanos, se ha extendido hasta junio de 1960, el Programa Cooperativo de Salud

## INFORMACIONES SOCIALES

Pública. El mencionado acuerdo, suscrito el 7 de abril del presente año, fué firmado por el Dr. Armando Montes de Peralta, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, en representación del Gobierno Peruano y por el Dr. Frederick Vintinner, Jefe de la División de Salud, Bienestar y Vivienda del Instituto de Asuntos Inter-americanos, en nombre del Gobierno de los Estados Unidos.

Por dicho acuerdo se establece que el Instituto de Asuntos Inter-americanos aportará la suma de US\$ 145,000 y el Gobierno Peruano S/. 7'550,475.00 durante el presente año, para continuar desarrollando el importante programa de Salud Pública; estas contribuciones constituyen una adición a las cantidades acordadas por ambas partes para el Servicio Cooperativo Inter-americano de Salud Pública (SCISP), en convenios anteriores. Cabe recordar que este organismo participa conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública en programas nacionales de Higiene Industrial, Educación Sanitaria, Bicestadística, Vivienda y Plameamiento. Asimismo, ha incorporado dentro de su órbita de acción, al Instituto Nacional de Higiene.

### **CURSILLO DE ORIENTACION SANITARIA PARA PROFESIONALES — CUZCO**

Organizado por el Departamento de Selección y Capacitación de Personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se ha realizado entre los meses de mayo y junio, el primer cursillo de orientación sanitaria, en la ciudad del Cuzco. Su objetivo principal ha sido la exposición, en forma abreviada, de los principios y técnicas de la Salud Pública, su campo de acción, organización de sus servicios y personal que interviene en sus actividades.

Las materias del curso, fueron agrupadas alrededor de las siguientes actividades fundamentales de Salud Pública: a) Introducción a la Salud Pública; b) Saneamiento Ambiental; c) Control de las Enfermedades Transmisibles; d) Promoción de la Salud; y e) Reparación de la Salud. Cada uno de estos grupos estuvo integrado por funcionarios y técnicos del Ministerio de Salud Pública, desarrollando sus lecciones, mediante exposiciones formales, conve:satorios, seminarios, sesiones de demostración, proyecciones, vistas, etc.

A este Cursillo asistieron los integrantes de la Unidad Sanitaria Departamental, así como particulares y demás personas interesadas en estos temas.

# Información Extranjera

## ORGANIZACION INTERNACIONAL DE TRABAJO

### Primera Conferencia Regional Europea

Entre el 24 de enero y el 25 de febrero de 1955 se realizó en Ginebra la Primera Conferencia Regional Europea de la O. I. T., participando numerosas delegaciones de los Estados Miembros convocados, así como representantes de organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa, la Alta Autoridad de la Comunidad Europea del Carbón y del Acero y la Organización Europea de Cooperación Económica. Igualmente asistieron, a título consultivo, delegados de diversas entidades.

El Orden del Día señalado anteriormente fué el siguiente:

- 1.—Memoria del Director General.
- 2.—Papel que desempeñan los empleadores y los trabajadores en los programas destinados a elevar la productividad.
- 3.—Método para financiar las prestaciones de seguridad social.
- 4.—Edad de jubilación.

La Conferencia aprobó la constitución de 3 comisiones para estudiar los temas del orden del día: 1.—Comisión de Productividad; 2.—Comisión de Financiamiento de la Seguridad Social, y 3.—Comisión de Edad de Jubilación.

Sobre la base de los informes presentados por estas 3 comisiones, la Conferencia adoptó, bajo la denominación de resoluciones, decisiones sobre cada uno de los puntos técnicos inscritos en su orden del día, así como una resolución relativa a la construcción de viviendas.

Merece especial mención la decisión de la Conferencia, invitando al Consejo de Administración de la O. I. T. a que solicite del Director General: a) la continuación y ampliación de los esfuerzos de la Oficina para reunir datos estadísticos básicos destinados al estudio de la evolución de los sistemas de financiamiento de la seguridad social y para comparar las modalidades del financiamiento de la seguridad social y de las otras prestaciones sociales reconocidas en favor de los trabajadores y población en general; b) la ampliación de encuestas y estudios relacionados con la incidencia económica y social de los recursos afectados a la seguridad social y a otras prestaciones sociales tanto en el plano nacional como

## INFORMACIONES SOCIALES

en el internacional, a fin de alcanzar una comparación objetiva y completa; c) la publicación periódica de los resultados de sus investigaciones con inclusión de los datos estadísticos básicos.

Igualmente, la Conferencia aconsejó la participación financiera de los poderes públicos en los siguientes casos: a) asistencia médica preventiva; b) asistencia médica curativa, en los casos de las llamadas enfermedades sociales; c) una parte del costo efectivo de la hospitalización; d) prestaciones en caso de maternidad; e) subsidios familiares; f) prestaciones en caso de desempleo; g) pensiones de vejez, invalidez y en favor de los supervivientes a fin de garantizar decorosos medios de subsistencia; h) costo de adaptación de las pensiones al alza del costo de la vida originada por la devaluación de la moneda y por otros factores.

### 128a. Reunión del Consejo de Administración de la O. I. T.

Este certamen se celebró en Ginebra entre los días 1º y 4 de marzo bajo la presidencia del Sr. R. Ago, de Italia y con asistencia de delegados gubernamentales, de empleadores y de trabajadores, así como miembros adjuntos suplentes, junto con representantes de organizaciones internacionales gubernamentales.

El Consejo acordó recomendar a la Conferencia Internacional de Trabajo la aprobación del ejercicio financiero de 1956, cuyo monto asciende a 7'395,729 dólares, superior en 650,000 dólares al de 1955, aproximadamente.

En el curso de sus sesiones el Consejo adoptó diversos acuerdos en relación con las conclusiones de la 8ª Conferencia Internacional de Estadígrafos del Trabajo, así como sobre las conclusiones del Comité de Expertos y el informe del Grupo de Miembros del Comité de Correspondencia de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Igualmente, a pedido del Director General, señaló las fechas para las futuras reuniones que a continuación se detallan:

- a) Reunión de expertos en prevención y supresión del polvo en los trabajos de minas, túneles y canteras, del 21 al 26 de noviembre de 1955, Ginebra.
- b) Reunión técnica americana a fines de 1955, en un país americano.
- c) Reunión de un grupo de trabajo de expertos en estudios relativos al nivel de vida de las familias, en 1955.
- d) Quinta Reunión de la Comisión Permanente Agrícola, del 1º al 10 de setiembre de 1955, en París.
- e) Conferencia Técnica Asiática sobre Formación Profesional en la Industria, del 28 de noviembre al 10 de diciembre de 1955, en Rangún.
- f) Cuarta Reunión de la Comisión de Expertos en Política Social en Territorios no Metropolitanos, hacia fines de 1955.

## INFORMACIONES SOCIALES

### Ratificación de Convenios

El Director General de la Oficina Internacional de Trabajo ha registrado, con fecha 17 de febrero del año en curso la ratificación, por parte del Gobierno Argentino, de 11 convenios internacionales de trabajo. Con igual fecha, registró la ratificación por Noruega de 3 convenios internacionales.

Por último el día 4 de marzo, el Director General ha recibido la ratificación por parte del Gobierno de Birmania de 3 convenios internacionales.

### OCTAVA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Entre el 10 y 28 de mayo se ha realizado en la ciudad de México, la reunión del epígrafe, con la asistencia de 300 delegados representantes de 80 países miembros de la Organización Mundial de la Salud. Casi la totalidad de las delegaciones fueron integradas por expertos en sanidad y directores de salud pública, así como Ministros del Ramo.

En todas las sesiones que se realizaron en la Ciudad Universitaria, se estudiaron los más importantes aspectos relacionados con Salud Pública, aprobándose y resolviendo los temas discutidos y aprobados por las dos Comisiones nombradas: de Programas y Presupuesto, y de Asuntos Jurídicos y Administrativos.

Esta octava Asamblea ha adoptado conclusiones y recomendaciones de importancia para la defensa de la población mundial contra la agresión de numerosas enfermedades, entre ellas el paludismo: "Invitar a los Gobiernos a intensificar sus programas nacionales de lucha antipalúdicas, a fin de que el paludismo pueda ser erradicado lo antes posible, mediante campañas regulares de pulverización de insecticidas evitando de esta manera la posibilidad de resistencia a los insecticidas por las especies anophelinas vectores de la enfermedad".

En relación a esta campaña mundial antimalárica, se autorizó la atención de recursos especiales, a otorgar mayor ayuda a los países que la requieren y se constituyó un comité especial de la OMS para proporcionar consejos técnicos y hallar los medios de intensificar esta acción.

Entre otros acuerdos, precisa destacar el suscrito entre la OMS y la UNICEF para programas sanitarios y el aporte de ésta de 3 millones de dólares para materiales y equipos, destinados a la campaña antimalárica.

Se consideró de bastante importancia designar una comisión que estudiará las posibilidades de emplear la energía atómica en fines pacíficos y médicos.

### ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

#### XIIª Asamblea General en México

Entre el 24 de noviembre y el 4 de diciembre del presente año, se realizará en México la XIIª Asamblea General de la A. I. S. S., habiéndose

## INFORMACIONES SOCIALES

dose fijado las siguientes fechas para las reuniones que a continuación se reseñan:

- a).—IVª Reunión de la Comisión Permanente Médico-Social, (días 24, 25 y 26 de noviembre).
- b).—XIIª Asamblea General (28 de noviembre a 2 de diciembre).
- c).—XIIª Reunión del Comité Ejecutivo (3 y 4 de diciembre).

El Orden del Día de cada una de estas 3 reuniones, es la siguiente:

### a).—Comisión Permanente Médico-Social.

1.—La influencia de la readaptación profesional en la evaluación de la invalidez.

Ponente: Dr. René Springer, Médico--Consejero del Instituto de Seguro Social del Sarre.

2.—Formas de los grupos de trabajo regionales sobre la unificación de los baremos de invalidez.

3.—La formación médico-social de los médicos, rol y misión de la medicina preventiva.

Ponente: Prof. Jacques Parisot, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nancy.

4.—Programa futuro de la Comisión Permanente Médico-Social.

### b).—XIIª.— Asamblea General:

1.—Desarrollos recientes en materia de Seguridad Social: Ponentes: Sr. Dem. Aretaios, Director del Instituto de Seguros Sociales de Grecia y Dr. Emilio Cubas, Director General del Instituto de Previsión Social de Paraguay.

2.—El Seguro de Enfermedad.—Este informe será presentado por un Comité compuesto por las siguientes personas: Sr. Georg Glock, Presidente del Comité y Delegado de la Asociación de Cajas de Enfermedad de Alemania; Sr. Mario Pinto Passos, del Departamento de Previsión Social de Brasil; Sr. Clément Michel, Director de la Federación Nacional de Organismos de Seguridad Social de Francia; Sr. H. L. Roffley, del Ministerio de Sanidad de Gran Bretaña; Profesor Giuseppe Petrilli, Presidente del Instituto Nacional de Seguro de Enfermedad de Italia; Sr. Takamori Nakamura, Jefe de la Sección del Seguro Marino del Ministerio de Previsión de Japón; señor Ernesto Zapata, Director-Gerente de la Caja Nacional de Seguro Social Obrero del Perú; Sr. Tura Leyden, Director de la Federación de Cajas de Enfermedad de Suecia; Sr. Otto Schmid, Presidente del Concordato de Cajas de Enfermedad de Suiza; Sr. Mustafá Ertém, Director de la División del Seguro de Enfermedad del Instituto de Seguro Obrero de Turquía, y Sr. Zvorad Petrovic, Director del Seguro Social de Yugoslavia.

3.—Acuerdos recíprocos en materia de seguridad social. Ponente: Sr. T. C. Stephens, Principal de la División de Ultramar del Ministerio de Pensiones y Seguro Nacional de Gran Bretaña.

## INFORMACIONES SOCIALES

### 4.—Las Asignaciones Familiares.

Ponente: Sr. Roland Lebel, Director de la Unión de Cajas de Asignaciones Familiares de Francia.

### 5.—Enmiendas a la Constitución de la A. I. S. S.

## c).—XIIª Reunión del Comité Ejecutivo.—

1.—Informe sobre las actividades pasadas y futuras de la A. I. S. S.

2.—Informe financiero del año 1955 y presupuesto para 1956.

3.—Otras cuestiones o asuntos.

## V REUNION DE LA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

Entre el 16 y 26 de marzo del presente año, se realizó en Caracas, la Vª Reunión del rubro, estudiándose el siguiente temario:

1.—Informe del Presidente del Comité Permanente.

2.—Problemas de la edad de retiro en el seguro de vejez.

3.—Habitación y Seguridad Social.

4.—Formación y Selección de Personal y Aspectos de la Mecanización de las Instituciones de Seguridad Social.

La Mesa Directiva de la Conferencia estuvo integrada por las personas siguientes: Carlos Tinoco Rodil, Presidente; Luis González, Delegado Gubernamental del Consejo de Administración de la O. I. T.; Luis Alcalá Sucre, Delegado Patronal Suplente del Consejo de Administración de la O. I. T.; Luis Alvarado, Representante del Director General de la O. I. T.; Beryl Frank, Representante del Secretario General de la OEA; Fred L. Soper, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; Rubén Corredor, Presidente de la Comisión Organizadora Local y Geraldo Mello Eboli, Secretario General de la Conferencia.

Concurrieron numerosos delegados de organismos internacionales (O. I. T., OEA, OSP, AISS, SIDS, CISS) así como de todos los países americanos, reflejando el interés de sus gobernantes en solucionar los numerosos problemas generales de bienestar social de los pueblos.

**Primer Punto del Temario.**—Correspondió a la discusión del Informe del Presidente del Comité Permanente, Sr. Antonio Díaz Lombardo, quien sometió la aprobación de la Asamblea las tareas de organización comprendidas desde 1952 y la realización de los postulados consignados en la Reunión de México, referentes a la existencia misma del Comité y a su funcionamiento y actuación bajo su dirección.

**Segundo Punto.**—Se abordó principalmente, el estudio del informe presentado por la O. I. T., titulado: "Edad de Pensión en el Seguro de Vejez", en la discusión general se hizo hincapié en la necesidad de realizar estudios sistemáticos de todos los aspectos y problemas que se pre-

## INFORMACIONES SOCIALES

sentan en los regímenes de pensiones de vejez, adoptándose importantes conclusiones y recomendaciones.

**Tercer Punto.**—Referente a “La Habitación y la Seguridad Social”; la importante y voluminosa ponencia venezolana sirvió de base en las deliberaciones. Las exposiciones de los delegados coincidieron con los siguientes puntos: a) magnitud y gravedad del problema de la vivienda de interés social en Latino América; b) relación directa entre las condiciones de la habitación y la efectividad en el cumplimiento de los propósitos que persigue la seguridad social, y c) conveniencia de asegurar la mejor forma de colaboración de las instituciones de seguridad social en la solución del problema de la vivienda, sin perder de vista la preferente atención de sus finalidades propias y específicas.

Se adoptaron casi en su totalidad, las conclusiones y recomendaciones planteadas por Venezuela y algunos países, en sus respectivas ponencias.

**Cuarto Punto.**—Comprendió dos aspectos: uno el sistema mecanizado de control de inscripción, cobros, registro de cotizaciones y urgencia de derechos; y otro, la selección profesional y capacitación del personal de institutos del Seguro Social. Se abordó el estudio de los numerosos trabajos presentados, principalmente 2 de cuidadosa elaboración aportados por la delegación mexicana.

Después de interesantes discusiones, se declaró la conveniencia de adoptar recomendaciones de carácter general, a fin de darles mayor elasticidad y facilidad de aplicación de acuerdo con las circunstancias, existentes en cada país.

Esta V Reunión se ha efectuado dentro de un excelente ambiente de cordial comprensión y comunidad de ideas, que han quedado dignamente reflejados en las conclusiones y recomendaciones adoptadas, que constituyen una notable contribución a la seguridad social interamericana.

### REPÚBLICA FEDERAL DE ALEMANIA

#### Cifras estadísticas de la Seguridad Social

De acuerdo con el Servicio de Prensa de la Federación de Cajas de Enfermedad, el Seguro de Enfermedad, al 1º de octubre de 1954, contaba con 17'913,848 miembros. El número de personas aseguradas obligatoriamente es 15'204,275 o sea 84.88% del total de inscritos. Los otros 2'709,573, que corresponden al 15.12%, son los asegurados facultativos del régimen.

Clasificados por sexo, los asegurados se reparten así: hombres, 11'710,436 (65.37%); mujeres 6'203,412 (34.63%).

Al 31 de diciembre de 1953, existían en Alemania 3,306 hospitales con una capacidad de 513,104 camas, así como 22,000 puestos de socorro, de acuerdo con las informaciones de la oficina federal de estadísticas.

## INFORMACIONES SOCIALES

Por cada mil personas el número de camas en hospital es de 10.4 actualmente, contra 10.3 en 1952.

El personal en servicio en estos hospitales, a esta misma fecha, es el siguiente:

a) Médicos permanentemente ocupados en los hospitales	20,151
b) Médicos que utilizan las instalaciones hospitalarias para su clientela privada . . . . .	6,672
c) Enfermeras, enfermeros y asistentes . . . . .	84,662
d) Enfermeros y enfermeras estudiantes . . . . .	16,581
e) Médicos técnicos . . . . .	15,577

## F R A N C I A

### Las asignaciones familiares en 1954

Durante el año 1954, se ha abonado un total de 364,841 millones de francos, por concepto de prestaciones familiares, correspondiendo 339,552 millones para los asalariados y población no activa; y 25,289 millones a los trabajadores y empleadores independientes.

El aumento de las prestaciones concedidas es de 10.17% con respecto a 1953.

En cuanto a los ingresos se refiere, se observa un aumento en 1954 de 9.84% en relación a 1953. Se ha registrado un ingreso de 446,614 millones de francos en 1954, correspondiendo 415,020 millones a los asalariados, 29,898 millones por los empleadores y trabajadores independientes y 1,696 millones por multas y aumentos diversos.

## G R A N B R E T A Ñ A

### Aumento de tasas de prestaciones

Por ley sancionada el 22 de diciembre de 1954, han sido aumentadas casi todas las prestaciones del seguro nacional y del seguro contra las enfermedades profesionales que se abonan en Gran Bretaña. Este aumento de prestaciones se paga no sólo a los beneficiarios futuros, sino también a cerca de 6 millones de beneficiarios actuales. Igualmente se ha elevado las tasas de las cotizaciones de los asegurados, de los empleadores y del Estado, sin modificar la estructura general del sistema.

Las nuevas disposiciones entrarán en vigor en la fecha, o las fechas, que fije el Ministerio de Pensiones y Seguro Nacional; las nuevas prestaciones serán abonadas a partir de abril y mayo de 1955, y las contribuciones más importantes a partir de junio del presente año.

### Asistencia Nacional — Aumentos

Por reglamento del Ministerio de Pensiones y Seguro Nacional, dictado con fecha 22 de diciembre de 1954, se ha aumentado las tasas semanales que sirven como base para calcular las necesidades de asistencia de los solicitantes.

## INFORMACIONES SOCIALES

La tasa normal para un adulto soltero que vive solo, se aumenta de 35 s. a 37 s. 6 d. semanales; la de un matrimonio se fija en 63 s., en lugar de 59 s. semanales. Las tasas especiales para ciegos y personas tratadas por tuberculosis pulmonar se aumenta de 53 s. a 56 s. 6 d., para un adulto soltero y de 77 s. a 82 s. para un matrimonio; se eleva de 89 s. a 95 s. si ambos esposos están enfermos.

Igualmente se ha aumentado las tasas para los jóvenes; se calcula que los aumentos de las sumas pagadas por asistencia, ascendieron aproximadamente a 14 millones de libras por año para los casos actuales, sin considerar las posibles economías resultantes del aumento de las prestaciones del seguro.

### I T A L I A

#### **Extensión del Seguro de Enfermedad a los Agricultores Independientes**

En orden a las disposiciones de la Ley 1136, de 22 de noviembre de 1954, se ha dispuesto la extensión del Seguro de Enfermedad a los agricultores independientes de Italia.

El régimen es obligatorio para los propietarios, arrendatarios, enfiteutas y usufructuarios que directa y habitualmente se dedican al cultivo manual de los fundos o a la cría y cuidado de ganado, así como para los miembros de los núcleos familiares respectivos que trabajan habitualmente en los fundos o que viven a cargo de los primeros (los propietarios), siempre que la fuerza laboral total familiar exceda del 50% de la que corresponde a las necesidades normales de cultivo del fundo o de cría y cuidado del ganado. Para la evaluación de la fuerza laboral se atribuyen a cada miembro del núcleo familiar 280 jornadas de trabajo en el año. Se excluye a los cultivadores de fundos que precisan para su cultivo menos de 20 jornadas-hombre.

Se concede asistencia médica general —a domicilio y ambulante—, hospitalaria, especial y obstétrica. La asamblea comunal de asegurados está facultada para decidir, por mayoría de votos, la inclusión de la asistencia farmacéutica y de otras prestaciones complementarias en el sistema de beneficios. Las modalidades, condiciones y limitaciones se fijarán por reglamento; mientras éste no se promulgue se aplicarán las disposiciones vigentes.

El régimen se financia mediante las siguientes contribuciones: a) una contribución anual del Estado equivalente a 1,500 libras por cada agricultor y miembro de su familia comprendido en el régimen; b) una contribución a cargo del fundo del agricultor sujeto a la obligación del seguro, fijada con base en el número presunto de jornadas de trabajo necesarias para el cultivo del fundo o la cría y cuidado del ganado; c) una contribución anual per cápita para todo agricultor y miembro de su familia, sujeto al seguro, (actualmente fijada en 750 libras al año) y d) suplementos eventuales para cubrir, en caso dado, un exceso de costos de la asistencia médica general y la inclusión de las prestaciones facultativas.

## INFORMACIONES SOCIALES

Se ha señalado la contribución a cargo del agricultor en 12 líneas anuales por cada jornada de trabajo, computándose en todo caso un mínimo de 80 jornadas y por cada unidad componente del núcleo familiar, un máximo de 150 jornadas.

La gestión del seguro se realiza por intermedio de entidades mutualistas con personería jurídica de derecho público, que abarcan gradualmente la comuna, la provincia y toda la República. Por su parte, las cajas comunales se encargan de conceder la asistencia médica general y la asistencia obstétrica general, mientras que la asistencia hospitalaria, y médica y obstétrica especiales incumben a las cajas provinciales. Estas se encuentran agrupadas en una Federación Nacional con funciones normativas y coordinadoras. La supervigilancia de la aplicación de la ley corresponde al Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

### **Ley sobre el Aprendizaje**

Con fecha 19 de enero del presente año, se ha expedido la Ley N° 25 relativa a la reglamentación general del aprendizaje.

Por esta ley se crea en la Comisión Central para la Colocación de Trabajadores Desempleados, un comité consultivo sobre aprendizaje y empleo de los jóvenes trabajadores. La composición de este comité será determinada por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

Se define el aprendizaje como una relación de trabajo por la cual el empleador se obliga, en su establecimiento, a proporcionar al aprendiz contratado a su servicio, la enseñanza necesaria que le permita adquirir la capacidad técnica de un trabajador calificado, sin dejar de utilizar sus servicios en la empresa misma. La ley establece que la formación profesional del aprendiz, puede llevarse a cabo mediante formación práctica y enseñanza complementaria; la primera tiene por objeto hacer adquirir gradualmente al aprendiz, la habilidad requerida en relación con el trabajo escogido; la enseñanza complementaria proporciona al aprendiz los conocimientos teóricos necesarios para la adquisición de una entera y completa capacidad profesional.

Cualquier persona que desee contratarse en calidad de aprendiz deberá inscribirse en listas especiales en la oficina de colocación competente. La contratación de aprendices tendrá lugar por intermedio de las oficinas de colocación. Únicamente puede contratarse en calidad de aprendices a los jóvenes de más de 14 años y menos de 20. La contratación va precedida de un examen médico, así como un examen psicofisiológico gratuito, en las localidades donde existan centros de orientación profesional.

La duración del aprendizaje no será superior a 5 años, estipulándose por ambas partes un período de prueba de dos meses como máximo.

Esta nueva ley señala las obligaciones generales y específicas del empleador, así como las del aprendiz; igualmente hace referencia al horario, condiciones de trabajo, cursos complementarios y exámenes de capacidad.

# Legislación Social Peruana

*Salud Pública  
y Asistencia Social*

## **CONTRIBUCION DE EMPRESAS MINERAS AL PROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL**

**D. S. 24-4-55**

**“La Cónica” 25-4-55**

Señala que las empresas mineras ubicadas en los departamentos de La Libertad, Tumbes, Lambayeque, Cajamarca y Ancash están obligadas a la contribución del 1.8% establecida por el Art. 4º de la Ley N° 10833.

## **II CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA**

**R. M. 6-5-55**

**“El Peruano” 30-5-55**

Confiere carácter oficial al II Congreso Nacional de Medicina que se realizará en Lima, del 23 al 29 de octubre próximo.

## **RESERVA TERRENOS EN LIMA PARA URBANIZACIONES POPULARES**

**D. S. N° 3 15-4-55**

**“El Comercio” 18-4-55**

Reserva para el Estado, con destino a Urbanizaciones Populares, diversos terrenos en el departamento de Lima. La financiación de las obras por ejecutarse, así como la adjudicación de los lotes, correrá a cargo del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social.

## INFORMACIONES SOCIALES

**EXPROPIACION DE TERRENOS EN LA MARGEN  
DERECHA DEL RIO RIMAC****R. S. N° 49 15-4-55****“El Comercio” 18-4-55**

Declara de necesidad y utilidad pública la expropiación de los terrenos rústicos del sector “Cantagailo”, ubicados en la margen derecha del Río Rímac, los cuales serán destinados a Urbanizaciones Populares de acuerdo con las disposiciones vigentes.

La financiación de las obras, así como la adjudicación de los lotes estará a cargo del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social.

*Hacienda y Comercio*

**JUBILACION PARA LOS OBREROS DEL ESTANCO DEL TABACO****Ley N° 12307 10-5-55****“La Nación” 12-5-55**

Los obreros al servicio del Estanco del Tabaco que cuenten con 35 o más años de servicios y 60 ó más años de edad, gozarán del beneficio de jubilación. El monto de la pensión será igual a la suma de los jornales percibidos durante el último mes de trabajo.

La diferencia entre el monto de la pensión de vejez que perciben del seguro social obligatorio y el monto de la pensión de jubilación, será cubierto por iguales partes entre el Estado, el Estanco del Tabaco y el Fondo de Obreros del Estanco del Tabaco.

**OBLIGACION DE ABONAR LA CONTRIBUCION  
DE 3% CREADA POR LEY 11672****Ley N° 12358 20-6-55****“La Nación” 22-6-55**

Señala que están obligados al pago de la contribución del 3% creada por la Ley N° 11672 (Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social), los empleadores particulares cuyos ingresos brutos anuales excedan de S/. 500,000.00, aún cuando el capital social no sea mayor de S/. 50,000.00.

## INFORMACIONES SOCIALES

*Trabajo y Asuntos  
Indígenas*

**DISPOSICIONES SOBRE DESAHUCIO DE LOS YANACONAS****D. S. 6-4-55****"El Peruano" 11-4-55**

Señala que en cualquier estado del juicio de desahucio hasta antes del lanzamiento, si el yanacóna empoza lo que adeuda por concepto de pago de la merced conductiva, fenecerá el procedimiento de acuerdo a la ley.

**LOS EMPLEADORES NOMBRARÁN PERSONEROS CON EL FIN DE FACILITAR NEGOCIACIONES****D. S. 6-4-55****"La Nación" 12-4-55**

Decreta que la persona o servicio encargado de las peticiones de los trabajadores en las reclamaciones colectivas, deberá estar investido de facultades amplias y suficientes para decidir por sí mismo los problemas confiados a su intervención. Asimismo los empleadores remitirán a las autoridades de Trabajo dentro de 8 días, contados a partir de la fecha de expedición de este dispositivo, los nombres de las personas a quienes se haya conferido tales facultades.

**LOS EMPLEADORES REMITIRÁN UNA RELACION DE SUS EMPLEADOS CON POLIZA DE SEGURO DE VIDA****R. S. 2-6-55****"La Nación" 3-6-55**

Se resuelve que los empleadores remitirán a la Dirección General de Trabajo a partir del 1º de julio una relación de sus empleados con los datos pertinentes a las pólizas del seguro de vida de los asegurados, y los referentes a los que no hubieran cumplido 4 años de servicios o hayan sido rechazados por enfermedad.

## INFORMACIONES SOCIALES

### **LOS TRABAJADORES SEÑALARÁN SUS REPRESENTANTES PARA TRATAR Y DECIDIR LOS CONFLICTOS DE TRABAJO**

D. S. 2-6-55

“La Prensa” 4-6-55

Al igual que los patronos, los trabajadores están obligados a nombrar sus representantes ante los empleadores y autoridades de trabajo. Los empleadores fijarán en lugar visible del centro de trabajo, una relación de dichos delegados.

### **APRUEBA EL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO DE LAS POBLACIONES INDIGENAS DE PUNO**

R. S. 2-6-55

“La Crónica” 3-6-55

Se aprueba el programa del epígrafe, que comprende los siguientes aspectos: Agricultura y Ganadería, Salud, Educación, Bienestar Rural, Migraciones, Empleo y Capacitación de Mano de Obra.

Crea, además, una Comisión que se encargará de coordinar la colaboración de las Reparticiones e Instituciones Públicas competentes, así como de aprobar los planes para la ejecución del Programa y su aplicación.

### **NOMBRA COMISION QUE ELABORARA EL REGLAMENTO DE LA LEY DE INDEMNIZACION POR TIEMPO DE SERVICIOS A LOS TRABAJADORES MARITIMOS**

R. M. 24-5-55

“El Comercio” 25-6-55

Se nombra una Comisión que en el plazo de 30 días efectuará los estudios respectivos y señalará las bases para la reglamentación de la ley del rubro. Esta Comisión estará integrada por un representante del Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas que la presidirá, un representante del Comité de Empresas Navieras y un representante de la Sociedad de Empleados Trabajadores Marítimos del Callao.

### **AMPLIA BENEFICIOS A OBREROS GRAFICOS DE PROVINCIAS**

R. M. N° 210 D. T. 11-6-55

“El Comercio” 12-6-55

Resuelve extender los efectos de las cláusulas 1ª, 2ª y 3ª del pacto de 28 de mayo de 1954, a los centros de trabajo de la industria gráfica establecidos en circunscripciones distintas de Lima, Callao y Balnearios. Esta resolución no comprende a los obreros gráficos de lugares que hu-

## INFORMACIONES SOCIALES

bieran obtenido aumento de remuneración con fecha posterior al pacto mencionado, salvo que dicho aumento fuere inferior al 15% de su salario, en cuyo caso deberá cubrirse la diferencia.

*Justicia y Culto*

**LOS FUNCIONARIOS Y MAGISTRADOS ESCRIBIRAN A  
MAQUINA SU NOMBRE Y CARGO****D. S. N° 14-15-4-55****"El Comercio" 24-4-55**

Decreta que todo funcionario o magistrado, debajo de su firma o rúbricas, deberá escribir a máquina su nombre y cargo o dejar constancia en forma completamente legible.

# Biblioteca de la Caja Nacional de Seguro Social

## PUBLICACIONES RECIBIDAS DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DE 1955

### 1.—ORGANISMOS INTERNACIONALES

#### a) Naciones Unidas.

N. U. Laws and Regulations, promulgated, to give effect to the provisions of the Convention of 13 July, for limiting the manufacture and regulation the distribution of narcotics drugs, as amended by the protocol of dec. 1946. Australia, N. Y., 1951 — India N. Y., 1954 — Italy N. Y., 1955.

Bulletin on Narcotics, N. Y. 1954: set.-dic.

Unicef en América Latina, Lima, 1955: N° 10; 1er. semestre.

Unicef para los niños. (Noticiero del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), Lima, 1955: mar.-abr.

#### b) Organización Internacional del Trabajo.

Boletín Oficial, Ginebra 1948: vol. XXXI; 1949: vol XXXII; 1950: vol. XXXIII 1951: vol. XXXIV Índice 1951; 1953: vol. XXXVI, N° 7, dic. 1954: vol. XXXVII, N° 4, nov.

Conferencia Internacional del Trabajo: 37ª, Ginebra, 1954 (Actas de las Sesiones) Ginebra, OIT, 1955: 37ª, Ginebra, 1954; La formación profesional en la agricultura. Ginebra, OIT, 1955.

38ª, Ginebra, 1955. Informaciones y Memorias sobre la aplicación de Convenios y Recomendaciones, Ginebra, OIT, 1955. (Informe III, parte II).

Adaptación y Readaptación Profesional de los Inválidos, Ginebra, OIT, 1955 (Informe IV, 2).

Sanciones Penales por Incumplimiento del Contrato de Trabajo. (Informe VI, 2) Ginebra, OIT, 1955.

Trabajadores Migrantes, (Países insuficientemente desarrollados), Ginebra, OIT, 1955. (Informe V. 2).

## INFORMACIONES SOCIALES

Informaciones Sociales, Ginebra. 1954: jul.—dic., vol. xii: índices; 1955: 1º marzo; 15 marzo; 1º abril, 15 abril.

Noticias de la OIT, Ginebra. 1955: marzo.

Oficina Internacional del Trabajo. Le Coût de la Sécurité Sociale, 1949-1951. A. I. S. S., Gêneve, 1955.

Guía para Inspectores del Trabajo. Ginebra, 1955. OIT. (Estudios y Documentos. Nueva Serie, Número 41.).

Revista Internacional del Trabajo, Ginebra, 1955: enero-feb.

Serie Legislativa, Ginebra. 1954: set.-oct.; nov.-dic.; 1955: enero-feb.

Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ginebra. 1954: oct.-dic.

### c) Organización Mundial de la Salud.—Oficina Sanitaria Panamericana.

Who./Hs./7 Rev. Conf./ 1.25 janv. 1955.—OMS. Liste speciale de cinquante rubriques pour la mise en tableaux des causes de morbidité a l'usage de la sécurité sociale.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington D. C. 1955: enero.

Noticiero de la OMS. Ginebra. 1955: feb-marzo.

### d) Asociación Internacional de la Seguridad Social.

A. I. S. S. Lista de las Instituciones miembros, mayo 1955. (s. p. de i.) 1955.

Bulletin de la Association Internationale de la Sécurité Sociale. Gêneve, 1954: déc.; 1955: Janv-fev.; mars.

Crónica de la Seguridad Social Internacional (C. I. S. S. — A. I. S. S.), Ginebra. 1955; enero-marzo.

### e) Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

Acción de la Seguridad Social Iberoamericana, Madrid. 1955: 10. junio.

Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, II, Lima, 1955.

Actas y Trabajos... (Lima, Imp. Torres Aguirre, 1954-1955).

## 2.—PUBLICACIONES PERIODICAS NACIONALES

Actualidad Económica, Lima, 1955: marzo; abril; mayo.

Anales de la Cruz Roja Peruana, Lima. 1952: N° 55.

Banco Internacional del Perú, Lima. Memoria y balance general al 31 de diciembre de 1954. (s. p. i., 1955).

Banco Wiese, Lima. Memoria y balance general (correspondiente al año 1954) (s. p. i., 1955).

Boletín de la Caja de Depósitos y Consignaciones Dpto. de Recaudación, Lima. 1954: agosto; set; oc.

Boletín de la Compañía Administradora del Guano, Lima. 1954: dic.; 1955: marz.

## INFORMACIONES SOCIALES

- Boletín de la Escuela Nacional de Ingenieros, Lima. 1954: oct.-nov.-dic.
- Boletín de la Sociedad Nacional de Minería y Petróleo, Lima. 1955: enero-feb.; marzo-abril.
- Boletín Mensual de la Cámara de Comercio de Lima, 1955: enero, feb.-marzo-abril.
- Boletín Semanal de la Cámara de Comercio de Lima. 1955: 9 marzo, 16 y 30 de marzo; abril: 13, 20, 27.
- Boletín Estadístico Municipal. (Concejo Provincial de Lima). 1954: jul.-agosto-set.; dic: 1955: enero.
- Corporación de Comerciantes del Perú, Lima. 1955: marzo; abril. "Fénix", Lima. 1955: N° 9.
- Industria Peruana, Lima. 1955: enero; feb.
- Informaciones Sociales, Lima. 1954: oct.-nov.-dic.; 1955: enero-feb.-marzo.
- Junta de Obras Públicas del Callao (1955): No. 6. 1949-1955: Dos de Mayo.
- Panificación, Lima. 1955: enero-feb. y marzo.
- Perú. Dirección Nacional de Estadística. Boletín de Estadística Peruana. 1953: 2° semestre.
- Perú. Informativo Agropecuario, Lima, 1955: enero.
- Perú, Ministerio de Agricultura. Programa Cooperativo de Experimentación Agropecuario. 1954: oct.-dic.
- La Reforma Médica, Lima. 1955: enero-feb.
- Revista de Jurisprudencia Peruana, Lima. 1955: feb.; marzo; abril.
- Revista del Hospital del Niño, Lima. 1954: dic.
- Revista del Museo Nacional, Lima. 1954: tomo XXIII.
- Revista Universitaria, (Universidad Nacional de Trujillo). 1954: año III, N° 5 y 6.
- Sindicato de Maestros y Horneros de la Federación de Obreros Panaderos "Estrella del Perú", Lima. 1954: dic.; 1955: enero; feb.

### 3.—PUBLICACIONES PERIODICAS EXTRANJERAS.

- ARGENTINA.—La Ley, Buenos Aires. 1955: feb.: 28; marzo: 6, 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, abril: 4.
- Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales, Santa Fé. 1954: año XVI, N° 78-79.
- Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). 1954: nov.-dic.

AUSTRIA.—Soziale Sicherheit, Wien, 1955: janner; februar; marz; april.

BELGICA.—Archiva Médica Bélgica, Bruxelles. 1954: vol. 9, fasc. 6. 1955: vol. 10.

## INFORMACIONES SOCIALES

- BOLIVIA.—Revista de Estudios Económicos y Financieros, Sucre. 1954: jul.-dic.
- BRASIL.—Conjuntura Económica. Río de Janeiro. 1955: janeiro-fev-rei-ro; abril.  
Revista Brasileira de Economia, Río de Janeiro. 1954: setembro.
- COLOMBIA.—Boletín de la Cámara de Comercio, Bogotá. 1955: enero 20.  
Revista Médica. (Instituto Colombiano de Seguros Sociales), Bogotá. 1955: enero.  
Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín. 1954: agosto.
- CHILE.—Servicio Social, Santiago de Chile. 1954: set.-dic.
- ECUADOR.—Anales, (Universidad Central del Ecuador), Quito. 1955: marzo.  
Banco Central del Ecuador. Boletín, Quito. 1954: nov.-dic.  
Comercio Exterior Ecuatoriano, Quito. 1954: jul.-agosto-set.
- ESPAÑA.—Medicina y Seguridad del Trabajo, Madrid. 1955: enero-marzo.  
Nuestra Obra, Madrid. 1955. año XII.  
Revista de Trabajo, Madrid. 1954: nov.-dic.
- ESTADOS UNIDOS.—Ciencias Sociales, Washington 6. 1954: índice del vol., V.  
Educación Social del Trabajador, Washington D. C. 1955; abril.  
El Hospital, Nueva York. 1955: mayo.  
Life Insurance New Data, New York. 1955: march; april 20.  
Money-Matters, New York. 1955: march-april.  
Monthly Labor Review, Washington D. C. 1955: april.  
Social Security Bulletin, Washington D. C. 1955: marzo; mayo.
- FRANCIA.—Bulletin D'Information de la Mutualité Agricole, Paris. 1954: mai; juillet; 1955: fev; mârs.  
Bulletin du Service Social des Organismes de Sécurité Sociale, Paris. 1955: janv.; fêv; mars.  
Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale, Paris. 1955: fêv.  
Informations Sociales, Paris. 1955: mars; avril.  
Revue de la Sécurité Sociale, Paris. 1955: fêv; avril.
- HAITI.—Institut D'Assurances Sociales. Rapport anual. 1er. octobre 1933. — 30 septembre 1954. Port-au-Prince, 1955.
- HONDURAS.—Boletín del Consejo de Estado, Tegucigalpa. 1954-55: serie I, N° 4, 6, 7, 8, 9, 10, serie II, 11, 12.  
La Gaceta, Tegucigalpa. 1955: feb. 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28; marzo: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9.
- INGLATERRA.—Social Work, London, 1955: april.

## INFORMACIONES SOCIALES

- ITALIA.—Previdenza Sociale, Roma. 1954: Sett-ottobre.  
 La Previdenza Sociale Nell'Agricoltura, Roma. 1955: genaiio-feb-  
 bbraio.  
 I Problemi del Servizio Sociale, Roma. 1954: nov.-dic. índice dell'  
 Annata: 1954; 1955: gennaio-febraio.  
 Rivista Degli Infortuni e delle Malattie Professionali, Roma. 1954:  
 marzo-apprile; nov.-dic.; 1955: gennaio-febbraio.  
 Indice analitico dell' annata 1954.
- MEXICO.—Boletín del Instituto de Derecho Comparado de México, D.  
 F. 1954: mayo-dic.  
 Civitas (Boletín del Instituto de Estudios Sociales de Monterrey).  
 1955: enero y feb.  
 Revista Mexicana de Seguridad Social, México D. F. 1954: ma-  
 yo-Junio.
- PANAMA.—“El Asegurador” (Caja de Seguro Social de Panamá). 1955:  
 abril.  
 Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, Santurse. 1954:  
 dic. 1955: enero.
- REPUBLICA DOMINICANA.—Boletín de Salud Pública, Ciudad Tru-  
 jillo. 1954: jul. dic.  
 Caja Dominicana de Seguros Sociales. Estadística del Seguro So-  
 cial. 1953: 3er. trimestre.  
 Previsión Social, Ciudad Trujillo. 1954: nov.-dic.  
 Seguridad Social (Caja Dominicana de Seguros Sociales), Ciu-  
 dad Trujillo. 1954: nov.-dic. 1955: enero-feb.
- URUGUAY.—Boletín Censo y Estadística. (Intendencia Municipal de  
 Montevideo). 1954: set.-oct.  
 Revista de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Industria y  
 Comercio, Montevideo. 1954: jul.-set.
- VENEZUELA.—Notas Estadísticas. (Instituto Venezolano de los Seguros  
 Sociales), Caracas. 1954: nov.  
 Boletín de la Cámara de Comercio de Caracas. 1955: enero; feb.;  
 marzo.  
 Revista del Trabajo, Caracas. 1954: julio-set.  
 Revista de Sanidad y Asistencia Social, Caracas. 1953: set-dic.  
 Unidad Sanitaria, Caracas. 1954: marzo-abril.

## 4.—LIBROS Y FOLLETOS.

- Castro Ramírez, Miguel: Las Rentas Vitalicias. 1955. Conferen-  
 cia, Montevideo.  
 Girón de Velasco, José Antonio: Quince años de política social di-  
 rigida por Francisco Franco. Madrid. 1951.

Martí Bufill, Carlos; Presente y futuro del Seguro Social. Madrid. (1947).

Tratado comparado de seguridad social. Madrid. (1951).

Nuevo Diccionario Ilustrado de la Lengua Española. Barcelona, Ed. Ramón Sopena, S. A., Buenos Aires, Eds. Reunidas, 1951. 2 vols.

Pareja Paz-Soldán, José: Las Constituciones del Perú. Madrid. 1954.

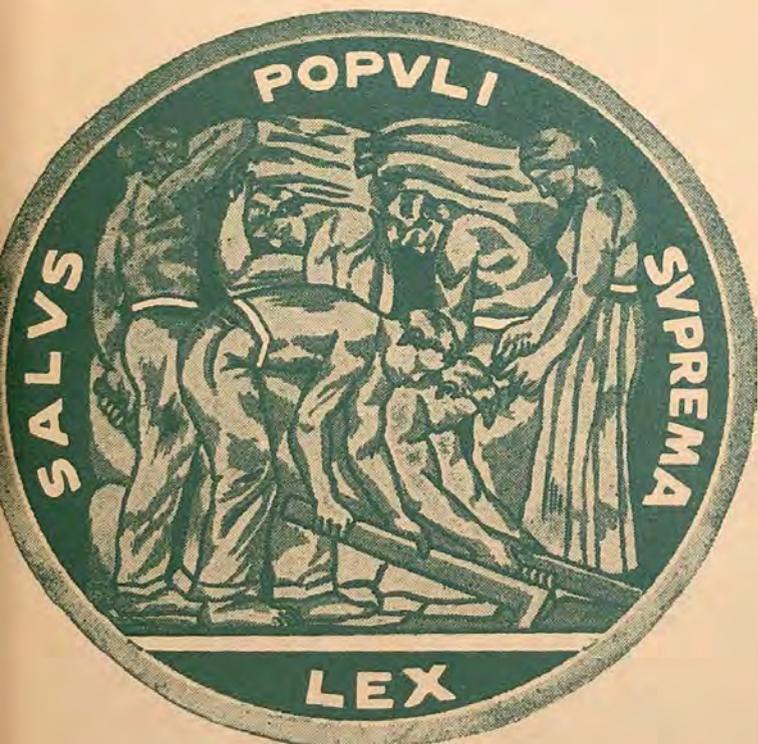
Perú. Leyes, decretos, etc., Compilación de la Legislación Peruana,, (Concordada), Lima, Cámara de Diputados, 1950-1955. 3 v.

Tres Nuevos Ambulatorios del Seguro de Enfermedad en Madrid. (s. p. de i.; 1952).

Zora Carbajal, F.: Tacna, Historia y folklore. Lima. 1954.

# INFORMACIONES

# SOCIALES



AÑO X    Julio - Agosto - Setiembre - 1955    No. 3

Publicación Trimestral de la

Caja Nacional de Seguro Social del Perú

# *INFORMACIONES SOCIALES*

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

# 3

## SUMARIO

	Pág.
Investigación Social sobre la Mendicidad Callejera en Lima . . . . .	3
Resultado de cinco años de Campaña Escolar en Lima, Callao y Balnearios, por el Dr. <i>Alfonso Buroncle Carreón</i> . . . . .	21
Nuevas Tendencias del Servicio Social y la Enfermería ante la Doctrina de la Seguridad Social, por <i>José Gálvez Jaime</i> . . . . .	31
Síntesis del Desarrollo Histórico de la Salubridad en Chile, por los Dres. <i>Enrique Laval M.</i> y <i>René García Valenzuela</i> . . . . .	39
Boletín Institucional . . . . .	48
Información Nacional . . . . .	53
Información Extranjera . . . . .	67
Legislación Social Peruana . . . . .	85
Legislación Social Extranjera . . . . .	90
Biblioteca de la C.N.S.S. . . . . .	102

—oOo—

AÑO X

Julio-Agosto-Setiembre 1955

Nº 3

### PUBLICACION TRIMESTRAL

Redacción y Administración:

CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

Departamento de Estudios Sociales y Económicos

Av. Nicolás de Piérola Nos. 1100 - 1112 - 1124

Casilla Nº 1311

LIMA

PERU

La Caja Nacional de Seguro Social, no se hace responsable de las opiniones expuestas en los artículos firmados.

## *Investigación Social sobre la Mendicidad Callejera en Lima*

Con el fin de resolver adecuadamente el grave problema de la mendicidad, la Municipalidad de Lima, en colaboración con la Escuela de Servicio Social, organizó una pesquisa relativa a las condiciones de vida de los mendigos, encaminada a obtener los datos necesarios para la elaboración de un plan integral con miras a su total solución.

**OBJETIVOS.**—La encuesta persiguió como objetivos fundamentales:

1º—Conocer las causas determinantes de la mendicidad en Lima y Balnearios;

2º—Cooperar en el mejoramiento de la situación de vida de los indigentes; y

3º—Proporcionar a las alumnas de la Escuela de Servicio Social, futuras asistentas sociales, la oportunidad de estudiar y conocer en su integridad un problema de urgente solución.

**ORGANIZACION.**—Considerando la necesidad de enfocar el problema desde los puntos de vista científico y estadístico, que permitieran la comprobación y excelencia de las disposiciones adoptadas, el planteamiento de la encuesta se orientó sobre aspectos concretos y positivos. Ello equivale a expresar que el interés de los organizadores se concentró, no en la supresión de la mendicidad mediante la desaparición del mendigo, sino hacia la **supresión de las causas gestoras.**

De este modo, contribuyendo a un anhelo ansiado por la colectividad nacional, la Escuela de Servicio Social inició la preparación de la ficha respectiva destinada a contener todos los datos requeridos, confiando esta misión al Dr. Eduardo Rosales P., Profesor del Curso Investigación Social y Estadística.

La ficha proyectada y aprobada para su uso, incluyó los siguientes rubros: identificación, causas determinantes de la mendicidad, situación anterior; características generales de la familia; vivienda, economía (in-

## INFORMACIONES SOCIALES

gresos y egresos); salud del mendigo y de sus familiares; otras actividades, etc.

Elaborada la ficha y entrenadas las alumnas de la Escuela en los objetivos generales y búsqueda de datos, la Escuela de Servicio Social propuso al Concejo Provincial de Lima, las sugerencias siguientes:

1º—Encuestar a todo mendigo, considerado como el que solicita la caridad pública, sea hombre, mujer o niño.

2º—Iniciar la pesquisa el día domingo 8 de agosto de 1954 en las Iglesias del Centro de Lima, a la salida de la última misa; continuándose en iglesias de otros barrios los domingos siguientes. De lunes a jueves la encuesta se efectuaría por las calles de la ciudad; los viernes y sábados por los Bancos, casas comerciales y hospitales, por ser costumbre de los pordioseros limosnear por esos lugares.

3º—Que la Policía Municipal sea destacada cerca de los templos, a fin de colaborar con las investigadoras cuando ellas lo soliciten; asimismo, la Guardia Civil y el Servicio de Radio-Patrulla deben tener conocimiento de la pesquisa, con el objeto de prestar conveniente ayuda, siendo necesario que el Sr. Alcalde solicite al Sr. Ministro de Gobierno, la colaboración de esas fuerzas públicas auxiliares.

4º—Distribuir adecuadamente esas fuerzas por los lugares que se supone morada de los mendigos, tales como Huerta Perdida, Mendocita, Mirones, Barrio 1º, Barrio Dos de Mayo, Zarumilla, Pampa del Medio Mundo, Piñonate, Cantagallo, Azcona y Cerros que circundan la ciudad (San Cosme, El Agustino, Catalina Huanca, San Pedro, etc.).

5º—Entregar a los mendigos una tarjeta con la palabra **encuestado**, junto con la fecha de iniciación de la investigación, cuando haya proporcionado todos los datos solicitados, a fin de evitar que un mendigo sea investigado más de una vez.

6º—Al realizarse la pesquisa por las calles, se procederá a dividir la ciudad en sectores, destacándose a las alumnas por ellos, en grupos, bajo la dirección de una Jefe.

**REALIZACION.**—Después de haberse publicado avisos e instrucciones en los diarios sobre los objetivos de la Encuesta, con miras a la colaboración del público y de los propios mendigos, en particular, quienes, sin prejuicios ni falsos temores, deberían proporcionar los datos verídicos, contribuyendo de este modo al éxito de las tareas, en el mes de agosto de 1954, se inició esta importante pesquisa social sobre las condiciones de vida de los mendigos.

Divididas en 6 equipos, las 120 alumnas de la Escuela de Servicio Social iniciaron el empadronamiento, contando además con la colaboración de instituciones privadas como los Hermanos de San Juan de Dios, la Acción Católica, Unión de Obras de Asistencia Social, etc.

Cabe mencionar que las entrevistadoras, durante el curso de sus labores, encontraron numerosos tropiezos, en su mayor parte, originados por la negación de los mendigos de proporcionar sus datos, la declaración

## INFORMACIONES SOCIALES

de datos absurdos e insólitos, comprobándose su falsedad al visitarse los domicilios; etc.

Sin embargo, la persuasión, paciencia, astucia y sistematización, fueron los factores que contribuyeron en esta silenciosa búsqueda, así como el suscitar amplia confianza y seguridad en los encuestados.

Esta encuesta ha permitido observar paupérrimas condiciones de vida, hondos dramas y tragedias intensas de gran proyección social; crudo y constante realismo de una moderna ciudad: padres de escasos recursos económicos, hijos de alcohólicos, abandonados y con taras; ancianos desprovistos y arrojados del seno familiar; inválidos sin oportunidad de rehabilitación, infelices mujeres desempleadas y con varios hijos; etc. todos ellos con sus deficiencias, problemas y miserias, que es preciso abordar y resolver mediante medidas concretas y objetivas, de parte de los organismos competentes.

Por último, es preciso señalar que sólo se ha encuestado un 50% de la población mendicante en Lima.

**RESULTADOS GENERALES DE LA ENCUESTA.**—Se inserta seguidamente una reseña general de los primeros cuadros estadísticos, obtenidos al tabular las fichas de las 669 familias encuestadas.

La elaboración de estos cuadros ha estado a cargo de las Srtas. Gladys Díaz Velasco y Blanca Lozano Cacho, alumnas de la Escuela de Servicio Social, bajo la orientación y asesoría del Dr. Eduardo Rosales P., Profesor de Investigación Social y Estadística de la misma Escuela.

a).—**Familias observadas.**—Demuestra el número de miembros por familia, dentro de la que vive el mendigo.

Habiéndose investigado 669 familias, considerándose incluso la integrada únicamente por el mendigo, se obtiene que 32.44% del total (217 mendigos) viven solos sin el calor espiritual de un hogar. Es preciso hacer notar que en muchos hogares, los pordioseros figuran únicamente como allegados o agregados, sin recaer sobre ellos responsabilidad económica alguna, en relación con los demás miembros del grupo. Esto justifica que el tamaño de las familias con 4, 5 y 6 miembros es muy frecuente, correspondiéndoles el 30,80% del total (Anexo N° 1)

b).—**Número de personas.**—La cifra total de personas, que integran las 669 familias observadas, alcanza a 2,476. Le corresponde un promedio aritmético de 3.7 personas por familia, cifra promedio muy inferior debido a las modestas condiciones de las familias estudiadas y por incluirse a los mendigos que viven solos. Utilizando la mediana como medida más exacta, pues en ella no influyen las cifras extremas, alcanza a 6 personas por familia.

Como se verá más adelante, es mucho más importante determinar el número de personas que se encuentran económicamente a cargo del mendigo (Anexo N° 2).

c).—**Mendigos por edades y sexo.**—Es preciso mencionar que el total de pordioseros observados alcanza a 695 personas, correspondiendo de esta cifra, 358 a los hombres y 337 a las mujeres.

## INFORMACIONES SOCIALES

Tomando en consideración las edades respectivas se observa que de los 358 hombres, 47 son menores de 18 años; en cuanto a las 337 mujeres, sólo 36 son, asimismo, menores de 18 años.

Utilizando cifras relativas, aplicadas al total de mendigos, el 87,91% corresponde a los adultos y 13,09% a los menores de 18 años. (Anexo N° 3).

d).—**Clasificación por edad y número de miembros familiares.**—Con miras a un mejor y más amplio conocimiento de este heterogéneo grupo social, se ha clasificado a los mendigos en función a sus edades y al número de miembros familiares.

Cuanto a los mendigos hombres, cuyas edades oscilan entre los 8 y 98 años, considerando intervalos de 5 cifras en el Anexo N° 4, su mayor concentración se muestra entre los grupos de 68-73 años y 73-78 años, con 35 y 31 personas respectivamente.

El Anexo N° 5 se refiere a los mendigos mujeres relacionando sus edades con el número de miembros familiares; se observa mayor densidad en el grupo de 68-73 años que cuentan con 34 miembros, o sea 10,09%.

e).—**Distribución por lugar de nacimiento.**—De los 695 mendigos encuestados, 182 son naturales de Lima, o sea el 26,19%; 72 son oriundos de Ancash, correspondiéndole el 10,36%.

Considerando el sexo, igualmente se observa la preeminencia de Lima con mayor concentración de hombres (92 con 25,70%) y de mujeres (90, con 26,71%).

Cabe advertir que los pordioseros son procedentes de todos los Departamentos del Perú, así como de otros países, aunque en pequeña cantidad, como de Argentina, Chile, Ecuador, Jamaica, España, Japón y Uruguay. (Anexo N° 6).

f).—**Número de dependientes.**—A los fines de la encuesta, más importancia adquiere el conocimiento del número de personas a cargo de cada mendigo que la composición familiar. Es así que los Anexos Nos. 7 y 8 muestran con acertada claridad que el 73,18% de los mendigos hombres, 262 casos, no tienen ninguna persona a cargo, así como el 57,28% de los mendigos mujeres, 193 casos. Cabe mencionar que el número de menores enviados a mendigar (29) alcanza 8,10% en el grupo de los hombres; y el de las mujeres (27) corresponde al 8,01%.

g).—**Causas determinantes de mendicidad.**—El Anexo N° 9 demuestra con suficiente claridad los motivos gestores de la mendicidad en los hombres y las mujeres investigados.

Encontramos que el 36,33% de los hombres, o sea 113 casos, mendigan por invalidez (58 ciegos, 30 cojos, 5 mancos, 3 sordo-mudos y 17 paráliticos); 91 limosnean por inhabilitación, o sea el 29,25% (69 ancianos, 19 enfermos mentales y 3 epilépticos); por último 57 casos, 18,36%, lo hacen por enfermedad. Las otras cifras, relativas a perezas,

## INFORMACIONES SOCIALES

desempleo, alcoholismo, insuficiencia de recursos, no requieren mención especial.

Cuanto a las mujeres sólo 32 casos, 10,61%, mendigan por invalidez (22 ciegas, 1 coja, 2 sordomudas, 2 mancas y 5 paráliticas); en cambio los casos de inhabilitación se elevan a 127, o sea el 49,19% del total investigado, correspondiendo a 113 ancianas, 4 epilépticas y 10 enfermas mentales. Por razón de encontrarse enfermas mendigan 46 mujeres, 32 desempleadas, 27 abandonadas por el cónyuge; 16 mujeres por insuficiencia salarial y 16 por pereza.

h).—**Causas de la Mendicidad Infantil.**—Tomando en consideración únicamente los 83 menores de 18 años, 36 mujeres y 47 hombres, a los efectos de discriminar los motivos determinantes de la mendicidad, se obtiene que casi la totalidad de los menores (60) son enviados a limosnear.

En relación con el sexo, se observa 32 hombres, 68,09% y 28 mujeres, 77,78%, cuyas edades oscilan entre los 8 y 13 años.

Únicamente 11 casos (3 mujeres y 8 hombres) limosnean por falta de control familiar y 12 (5 mujeres y 7 hombres) lo hacen por estado de abandono de los menores (Anexo N° 10).

i).—**Tipos de Mendicidad.**—El Anexo N° 11 muestra el total de mendicidad distribuidos en función a su actividad mendicante.

De los 358 mendigos hombres, 311 solicitan únicamente dinero (95,25%), 24 dinero y comida; 6 dinero y ropa, 31 ropa y alimentos.

Cuanto a las 337 mujeres, 223 solicitan dinero (89,62%) 33 alimentos, 56 dinero y comida; 2 ropa y alimentos; 9 dinero y ropa.

j).—**La Mendicidad y Otras Actividades.**—En muchos casos la mendicidad está asociada con varias actividades; de los 358 mendigos hombres, únicamente 239 se dedican a limosnear; 72 mendigan y trabajan; 29 trabajan eventualmente y mendigan; por último, 18 estudian y mendigan.

Cuanto a las 337 mujeres, un buen número, 256, mendigan, 36 limosnean y trabajan; 12 trabajan eventualmente y mendigan; finalmente, 13 estudian y pordiosean. Considerando los grupos de edades con mayor concentración de mendicantes, se observa que el grupo de 68 a 73 años, cuenta con los más altos porcentajes, tanto en hombres como mujeres, en lo que se refiere a limosnear únicamente (Anexo N° 12).

**POSIBLES SOLUCIONES.**—Considerando la complejidad de las dificultades para realizar las medidas tendientes a la total erradicación de la mendicidad en Lima, el Hno. Serafín Madrid, de la Orden de San Juan de Dios, presentó un informe al Alcalde de la Ciudad, expresando que cada una de las causas-tipo de mendicidad aconsejan una solución distinta. A este fin, señala el caso de los ancianos, reseñando que la única solución posible para este grupo es asilarlos; lamentablemente, la estrechez de los Asilos y la limitación de los recursos impiden la amplia-

## INFORMACIONES SOCIALES

ción de los locales o la construcción de otros. Quedaría, pues, a cargo del Estado el establecimiento de colonias o centros para desamparados, permitiéndoles así el reposo y tranquilidad que requieren. Un excelente ejemplo es el Asilo San Vicente de Paul, que mantiene la Beneficencia Pública de Lima, en el que podría inspirarse la obra a emprender.

En el mencionado informe propone la creación de una Comisión Especial integrado por representantes de las Municipalidades, de la Beneficencia Pública de Lima y de los Ministerios de Salud Pública, Educación y Gobierno, que tendría a su cargo la solución integral del problema de la mendicidad en Lima. Asimismo, enuncia en el citado documento, la constitución de un Comité Ejecutivo, integrado por asistentes sociales, que llevaría a la práctica los acuerdos de la Comisión Especial, así como la colocación adecuada, asilo para los ancianos que limosnean y viven solos, hospitalización y tratamiento a los pordioseros enfermos; estudiar la situación de los menores cuyas madres sin trabajo mendigan, y de los niños limosneros; evitar la explotación de que suelen ser víctimas; contemplar el retorno a sus lugares de origen de los mendigos que poseen familiares, y por último, denunciar a las autoridades a las personas que explotan la caridad pública, aplicándoseles severas y ejemplares sanciones.

En este sentido, es igualmente importante la colaboración de las empresas privadas, facilitando a los mendigos en cierto grado capacidades, colocaciones adecuadas, brindándoles de este modo la ayuda material y moral que les permita llevar una vida digna.

Por último, conviene citar entre las medidas más eficaces para prevenir y evitar el ejercicio de la mendicidad, que es deber del Estado garantizar, mediante la adecuada asistencia, la vida decorosa de los indigentes y desamparados, otorgando amplias facilidades en materia de rehabilitación y trabajo, eliminando gradualmente la miseria y pobreza que son causas no menos importantes en este grave problema social.

## A N E X O N° 1

**LAS FAMILIAS DE LOS MENDIGOS OBSERVADAS, EN FUNCION DEL NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA**

<b>Familias con . . . . miembros</b>	<b>Número de familias</b>	<b>Porcentajes</b>
1	217	32.44
2	84	12.56
3	62	9.27
4	85	12.71
5	58	8.67
6	63	9.42
7	23	3.44
8	29	4.33
9	14	2.09
10	16	2.39
11	9	1.34
12	5	0.74
13	—	—
14	3	0.45
15	—	—
16	—	—
17	1	0.15
<b>Totales</b>	<b>669</b>	<b>100.00</b>

## A N E X O N° 2

**LAS PERSONAS OBSERVADAS EN FUNCION DEL NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA**

<b>Familias con . . . . miembros</b>	<b>Número de personas</b>	<b>Porcentajes</b>
1	217	8.76
2	168	6.79
3	186	7.51
4	340	13.73
5	290	11.71
6	378	15.27
7	161	6.50
8	232	9.37
9	126	5.09
10	160	6.46
11	99	4.00
12	60	2.42
13	—	—
14	42	1.70
15	—	—
16	—	—
17	17	0.69
<b>Totales</b>	<b>2,476</b>	<b>100.00</b>

## A N E X O N O º 3

## LOS MENDIGOS, ADULTOS Y MENORES, SEGUN SEXO

Edades	S E X O		T O T A L E S	
	Mujeres	Hombres	Número	Porcentaje
Menores de 8 años	4	7	11	1.58
De 8 a 13 años	27	30	57	8.20
De 13 a 18 „	5	10	15	2.16
De 18 a 23 „	9	12	21	3.02
De 23 a 23 „	26	16	42	6.05
De 28 a 33 „	22	18	40	5.76
De 33 a 38 „	22	21	43	6.19
De 38 a 43 „	25	16	41	5.90
De 43 a 48 „	15	30	35	5.04
De 48 a 53 „	16	20	36	5.18
De 53 a 58 „	12	25	37	5.32
De 58 a 63 „	19	27	46	6.62
De 63 a 68 „	21	23	44	6.33
De 68 a 73 „	34	35	69	9.93
De 73 a 78 „	22	31	53	7.63
De 78 a 83 „	30	26	56	8.05
De 83 a 88 „	15	8	23	3.31
De 88 a 93 „	5	8	13	1.87
De 93 a 98 „	5	2	7	1.00
De 98 a más de 98 años	3	3	6	0.86
<b>Totales:</b>	<b>337</b>	<b>358</b>	<b>695</b>	<b>100.00%</b>
<b>Porcentajes:</b>	<b>48.48 %</b>	<b>51.52 %</b>	<b>100 %</b>	

## A N E X O N° 4

## LOS MENDIGOS HOMBRES EN FUNCION DE EDADES

Escala de edades	Mendigos en familias con . . . . miembros														TOTALES	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	17	Número	Porcentaje
Menos de 8 años	—	—	—	2	—	3	—	1	—	—	1	—	—	—	7	1.96
De 8 a 13 años	—	3	—	3	5	6	—	3	2	5	1	2	—	—	30	8.38
De 13 „ 18 „	—	1	1	1	2	1	—	4	—	—	—	—	—	—	10	2.79
			1	1	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	12	3.35
De 23 „ 28 „	9	2	—	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	16	4.47
De 28 „ 33 „	10	2	1	1	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	18	5.03
De 33 „ 38 „	12	4	—	—	2	—	1	1	1	—	—	—	—	—	21	5.87
De 38 „ 43 „	5	3	1	2	3	1	—	—	—	—	—	1	—	—	16	4.47
De 43 „ 48 „	10	—	—	2	—	2	2	1	1	—	1	—	1	—	20	5.59
De 48 „ 53 „	9	2	2	1	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	20	5.59
De 53 „ 58 „	14	2	2	4	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	25	6.98
De 58 „ 63 „	8	3	3	6	1	2	—	—	1	2	—	1	—	—	27	7.54
De 63 „ 68 „	10	3	1	5	1	2	—	—	—	1	—	—	—	—	23	6.42
De 68 „ 73 „	17	6	2	1	2	3	2	2	—	—	—	—	—	—	35	9.78
De 73 „ 78 „	15	4	3	3	1	3	1	1	—	—	—	—	—	—	31	8.66
De 78 „ 83 „	12	5	1	4	—	2	1	—	1	—	—	—	—	—	26	7.26
De 83 „ 88 „	3	—	1	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	8	8.23
De 88 „ 93 „	4	—	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	8.23
De 93 „ 98 „	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0.56
De 98 y más años	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	0.84
	145	42	21	44	22	32	11	15	7	9	5	4	1	—	358	100.00

## A N E X ● N° 5

## LAS MENDIGOS MUJERES SEGUN EDADES

Escala de edades	Mendigos en familias con . . . . miembros													TOTALES		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	17	Número	Porcentaje
Menos de 8 años	—	—	2	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	4	1.19
De 8 a 13 años	—	1	4	2	4	5	2	2	2	4	1	—	—	—	27	8.01
De 13 „ 18 „	—	—	—	1	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	5	1.48
De 18 „ 23 „	—	—	3	4	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	9	2.67
De 23 „ 28 „	1	2	6	11	2	2	1	1	—	—	—	—	—	—	26	7.72
De 28 „ 33 „	—	4	2	3	6	4	1	1	1	—	—	—	—	—	22	6.53
De 33 „ 38 „	—	2	3	4	2	7	2	—	—	1	—	—	1	—	22	6.53
De 38 „ 43 „	5	5	6	2	2	4	—	—	—	1	—	—	—	—	25	7.42
De 43 „ 48 „	5	—	4	2	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	15	4.45
De 48 „ 53 „	4	5	2	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	16	4.75
De 53 „ 58 „	4	5	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	12	3.56
De 58 „ 63 „	6	4	—	2	2	2	—	2	—	—	—	—	—	1	19	5.64
De 63 „ 68 „	6	2	2	1	1	1	4	1	1	—	1	1	—	—	21	6.23
De 68 „ 73 „	14	1	4	4	6	—	1	1	1	1	—	—	—	—	34	10.09
De 73 „ 78 „	7	6	2	2	2	1	—	2	—	—	—	—	—	—	22	6.53
De 78 „ 83 „	10	5	2	6	3	—	2	—	1	1	—	—	—	—	30	8.90
De 83 „ 88 „	5	3	1	1	1	—	1	2	—	—	1	—	—	—	15	4.45
De 88 „ 93 „	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1.48
De 93 „ 98 „	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1.48
De 98 y más años	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	3	0.89
Tctales	72	47	45	47	37	35	13	14	7	10	6	1	2	1	337	100 %

## A N E X O N° 6

## LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS MENDIGOS

Departamento	Hombres		Mujeres		Totales	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Ancash . . . . .	43	12.01	29	8.61	72	10.36
Apurímac . . . . .	6	1.68	15	4.45	21	5.32
Amazonas . . . . .	2	0.56	1	0.30	3	0.42
Arequipa . . . . .	21	5.87	16	4.75	37	5.32
Ayacucho . . . . .	17	4.75	15	4.45	32	4.60
Cajamarca . . . . .	10	5.31	17	5.03	36	5.18
Callao . . . . .	8	2.24	10	2.97	18	2.59
Cusco . . . . .	12	3.35	8	2.36	20	2.88
Huancavelica . . . . .	11	3.08	15	4.45	26	3.74
Huánuco . . . . .	16	4.47	20	5.93	36	5.18
Ica . . . . .	16	4.47	13	3.86	29	4.23
Junín . . . . .	29	8.10	32	9.49	61	8.78
Lambayeque . . . . .	6	1.68	4	1.19	10	1.44
Libertad . . . . .	20	5.59	13	3.86	33	4.80
LIMA . . . . .	92	25.70	90	26.71	182	26.19
Loreto . . . . .	2	0.56	1	0.30	3	0.42
Madre de Dios . . . . .	1	0.27	—	—	1	0.14
Moquegua . . . . .	—	—	2	0.59	2	0.28
Pasco . . . . .	13	3.64	19	5.64	32	4.60
Piura . . . . .	6	1.68	7	2.08	13	1.87
Puno . . . . .	7	1.96	3	0.89	10	1.44
San Martín . . . . .	1	0.27	—	—	1	0.14
Tacna . . . . .	4	1.12	—	—	4	0.56
Tumbes . . . . .	1	0.27	—	—	1	0.14
Sin especificar . . . . .	2	0.56	1	0.30	3	0.42
<b>EXTRANJEROS:</b>						
Argentina . . . . .	—	—	1	0.30	1	0.14
Chile . . . . .	—	—	2	0.59	2	0.28
Ecuador . . . . .	—	—	1	0.30	1	0.14
España . . . . .	1	0.27	1	0.30	2	0.28
Jamaica . . . . .	—	—	1	0.30	1	0.14
Japón . . . . .	1	0.27	—	—	1	0.14
Uruguay . . . . .	1	0.27	—	—	1	0.14
<b>TOTALES . . . . .</b>	<b>358</b>	<b>100.00</b>	<b>337</b>	<b>100.00</b>	<b>695</b>	<b>100.00</b>

## LOS MENDIGOS Y LAS PERSONAS ECONOMICAMENTE A SU CARGO

### Mendigos hombres

Categorías	Familias con.....miembros														Totales	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	17	Número	Porcentaje
Sin personas a su cargo .....	145	35	12	26	6	16	6	8	4	1	1	2	—	—	262	73.18
Con 1 persona a su cargo .....	—	4	—	4	2	4	—	—	—	2	1	—	—	—	17	4.75
„ 2 „ „ „ .....	—	—	8	7	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	17	4.75
„ 3 „ „ „ .....	—	—	—	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1.12
„ 4 „ „ „ .....	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1.12
„ 5 „ „ „ .....	—	—	—	—	—	2	3	—	—	—	1	—	—	—	6	1.68
„ 6 „ „ „ .....	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	0.56
„ 7 y más personas a su cargo .....	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2	0.56
Menores mandados mendigar .....	—	2	—	3	4	8	—	7	1	4	—	—	—	—	29	8.10
„ mendigos por estado de abandono ..	—	1	—	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1.68
„ „ „ falta de control familiar	—	—	1	—	2	—	—	—	1	1	2	2	—	—	9	2.50
<b>TOTALES .....</b>	<b>145</b>	<b>42</b>	<b>21</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>32</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>358</b>	<b>100.00</b>



## Mendigos mujeres

Categorías	Familias con.....miembros														Totales	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	17	Número	Porcentaje
Sin personas a su cargo .....	72	30	13	18	15	16	7	9	4	2	4	1	2	—	193	57.28
Con 1 persona a su cargo .....	—	16	11	3	1	—	1	—	—	1	—	—	—	1	34	10.99
„ 2 „ „ „ „ .....	—	—	15	11	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	28	8.31
„ 3 „ „ „ „ .....	—	—	—	13	5	4	1	—	—	—	—	—	—	—	23	6.82
„ 4 „ „ „ „ .....	—	—	—	—	10	2	—	—	—	—	—	—	—	—	12	3.56
„ 5 „ „ „ „ .....	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	6	1.78
„ 6 „ „ „ „ .....	—	—	—	—	1	1	2	—	1	1	—	—	—	—	6	1.78
„ 7 y más personas a su cargo .....	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	2	0.59
Menores mandados mendigar .....	—	1	4	2	4	2	2	3	2	5	2	—	—	—	27	8.01
„ mendigos por estado de abandono ..	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	3	0.89
„ „ „ falta de control familiar	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	3	0.89
<b>TOTALES .....</b>	<b>72</b>	<b>47</b>	<b>45</b>	<b>47</b>	<b>37</b>	<b>35</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>337</b>	<b>100.00</b>

## A N E X O    N.º    10

## CAUSAS DE LA MENDICIDAD INFANTIL

## CAUSAS DE LA MENDICIDAD DE LOS NIÑOS (MUJERES) EN FUNCION DE EDADES

Escafa de Edades	Falta de control familiar	Mandados mendigar	Estado de abandono	Total
Menores de 8 años . . . . .	—	7	—	4
De 8 a —13 años . . . . .	3	21	2	26
„ 13 a —18 „ . . . . .	—	3	3	6
Totales . . . . .	3	28	5	36
Porcentajes . . . . .	8.33	77.78	13.89	100.00

## CAUSAS DE LA MENDICIDAD DE LOS NIÑOS (HOMBRES), EN FUNCION DE EDADES

Escafa de Edades	Falta de control familiar	Mandados mendigar	Estado de abandono	Total
Menores de 8 años . . . . .	1	4	1	6
De 8 a —13 años . . . . .	6	21	4	31
„ 13 a —18 „ . . . . .	1	7	2	10
Totales . . . . .	8	32	7	47
Porcentajes . . . . .	17.02	68.09	14.89	100.00

ANEXO Nº 10

CAUSAS DE LA MENDICIDAD

Edades por años	Ceguera		Cojos		Mancos		Sordomudos		Paralíticos		Ancianos		Enf. mentales		Epilépticos		Pereza		Alcoholismo		Desempleo		Enfermedad		Insuficiencia salarial		Abandono del cónyuge	Total		Total General	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	M	H	M		
18 — 23	5	2	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—	2	12	9	21	
23 — 28	—	2	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	4	2	—	—	1	3	1	—	2	5	2	3	—	1	10	16	26	42
28 — 33	6	3	3	—	—	—	—	—	3	2	—	—	—	2	2	—	—	3	5	1	—	—	2	1	—	—	4	4	18	22	40
33 — 38	7	2	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	4	1	—	1	2	1	1	—	1	9	2	1	—	4	3	21	22	43
38 — 43	7	4	1	—	—	1	1	2	1	1	—	—	—	2	1	—	—	1	—	—	1	4	2	4	—	2	6	16	25	41	
43 — 48	5	1	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	1	1	1	2	—	1	1	—	1	4	4	3	1	1	2	20	15	35
48 — 53	3	1	—	1	3	1	—	—	—	1	—	—	—	1	2	1	—	2	3	3	—	1	1	4	5	2	1	—	20	16	36
53 — 58	8	1	2	—	—	—	—	—	3	—	—	1	—	—	1	—	—	—	1	1	1	1	11	5	—	1	—	—	25	12	37
58 — 63	6	3	4	—	—	—	1	—	1	1	1	5	—	—	—	1	—	1	—	2	—	5	1	4	8	1	1	—	27	19	46
63 — 68	3	—	2	—	1	—	—	—	—	—	5	7	—	—	—	1	—	—	—	2	3	—	8	10	1	1	—	—	23	21	44
68 — 73	4	2	4	—	1	—	—	—	1	—	13	25	—	—	—	—	—	—	3	1	1	1	7	5	1	—	—	—	35	34	69
73 — 78	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	13	17	1	—	—	—	—	—	1	3	1	3	—	7	—	1	—	—	31	22	53
78 — 83	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	20	30	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	26	30	56
83 — 88	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	8	15	23
88 — 98	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	5	13
93 — 98	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	5	7
98 y más	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	6
Total =	58	22	30	1	5	2	3	2	17	5	69	113	19	10	3	4	10	16	14	5	19	32	57	46	7	16	27	311	301	612	
Porcentaje H. 18,65			9.65		1.60		0.96		5.47		22.19		6.10		0.96		3.24		4.50		6.10		18.36		2.25		100%				
Porcentaje M.	7.30		0.33		0.66		0.66		1.66		37.55		3.32		1.32		5.32		1.66		10.64		15.29		5.32		8.97		100%		

A N E X O N° 11

TIPOS DE MENDICIDAD POR EDADES

MUJERES							Escala de Edades	HOMBRES					TOTAL		
TOTAL		Dinero y ropa	Dinero comida y ropa	Ropa y comida	Dinero y comida	Sólo comida		Sólo dinero	Sólo dinero	Sólo comida	Dinero y comida	Dinero y ropa	Ropa y comida	Casos	%
%	Casos														
1,19	4	—	1	—	1	—	2	Menos de 8 años	5	1	1	—	—	7	1,96
8,01	27	2	1	—	9	6	9	8 — 13	23	5	2	—	—	30	8,38
1,48	5	—	—	—	—	2	3	13 — 18	8	1	1	—	—	10	2,79
2,67	9	—	—	—	1	2	6	18 — 23	12	—	—	—	—	12	3,35
7,72	26	—	—	—	4	5	17	23 — 28	16	—	—	—	—	16	4,47
6,53	22	1	—	1	2	6	12	28 — 33	18	—	—	—	—	18	5,08
6,53	22	—	1	—	2	7	12	33 — 38	20	—	1	—	—	21	5,87
7,42	25	—	1	1	4	3	16	38 — 43	12	1	2	1	—	16	4,47
4,45	15	—	1	—	4	1	9	43 — 48	15	2	1	1	1	20	5,59
4,75	16	—	—	—	6	—	10	48 — 53	18	—	2	—	—	20	5,59
3,56	12	—	1	—	2	—	9	53 — 58	19	3	3	—	—	25	6,98
5,64	19	—	3	—	4	—	12	58 — 63	22	1	1	2	1	27	7,54
6,23	21	1	—	—	2	—	18	63 — 68	20	—	1	1	1	23	6,42
10,09	34	2	1	—	6	—	25	68 — 73	30	—	5	—	—	35	9,78
6,53	22	—	—	—	2	—	20	73 — 78	31	—	—	—	—	31	8,66
8,90	30	2	1	—	4	—	22	78 — 83	24	—	2	—	—	26	7,26
4,45	15	1	—	—	4	1	10	83 — 88	7	—	—	1	—	8	2,23
1,48	5	—	—	—	—	—	5	88 — 93	6	—	2	—	—	8	2,23
1,48	5	—	—	—	1	—	4	93 — 98	2	—	—	—	—	2	0,56
0,89	3	—	—	—	1	—	2	98 y más	3	—	—	—	—	3	0,84
100,00	337	9	11	2	59	33	223	Totales	311	14	24	6	3	358	100,00

## A N E X O N° 12

## LA MENDICIDAD Y OTRAS ACTIVIDADES

M U J E R E S						Escala de Edades	H O M B R E S				T O T A L	
T O T A L		Mendigan y estudian	Con traba- jo eventual y mendigan	Mendigan y trabajan	Sólo mendigan		Sólo mendigan	Mendigan y trabajan	Con traba- jo eventual y mendigan	Mendigan y estudian	Casos	%
%	Casos											
1,19	4	1	—	—	3	Menos de 8 años	3	2	—	2	7	1,96
8,01	27	10	—	—	17	8 — 13	11	6	—	13	30	8,38
1,48	5	2	—	—	3	13 — 18	5	3	—	2	10	2,79
2,67	9	—	1	2	6	18 — 23	11	1	—	—	12	3,36
7,72	26	—	1	8	17	23 — 28	13	1	1	1	16	4,47
6,53	22	—	1	9	12	28 — 33	12	4	2	—	18	5,03
6,53	22	—	3	4	15	33 — 38	14	4	3	—	21	5,87
7,42	25	—	1	6	18	38 — 43	8	6	2	—	16	4,47
4,45	15	—	1	4	10	43 — 48	13	3	4	—	20	5,69
4,75	16	—	1	5	10	48 — 53	12	6	2	—	20	5,69
3,56	12	—	1	1	10	53 — 58	16	5	4	—	25	6,98
5,64	19	—	1	5	13	58 — 63	18	4	5	—	27	7,54
6,23	21	—	—	3	18	63 — 68	17	6	—	—	23	6,42
10,09	34	—	—	2	32	68 — 73	24	8	3	—	35	9,78
6,53	22	—	1	4	17	73 — 78	26	4	1	—	31	8,66
8,90	30	—	—	2	28	78 — 83	20	6	—	—	26	7,26
4,45	15	—	—	1	14	83 — 88	7	1	—	—	8	2,23
1,48	5	—	—	—	5	88 — 93	6	1	1	—	8	2,23
1,48	5	—	—	—	5	93 — 98	—	1	1	—	2	0,56
0,89	3	—	—	—	3	98 y más	3	—	—	—	3	0,84
100,00	337	13	12	56	256	Totales	239	72	29	18	358	100,00

## INFORMACIONES SOCIALES

La Caja Nacional de Seguro Social no podía ser extraña a tan delicado problema social; razón que determinó a la Gerencia General a encomendar al Sr. Jorge Valcárcel, del Dpto. de Estudios Sociales y Económicos, un análisis preliminar de los datos obtenidos en la encuesta.

En cumplimiento de esta disposición, el Sr. Valcárcel presentó el siguiente memorándum, reseñando los problemas y posibles soluciones de la mendicidad callejera:

Señor Director Gerente:

Ref: Encuesta sobre Mendicidad

### Antecedentes

- 1.—La Municipalidad de Lima, promovió en el curso del último año, una encuesta encaminada a conocer las condiciones de vida de los mendigos de la Capital y Balnearios, a fin de formular planes tendientes a la atención de este problema social.
- 2.—La citada pesquisa, ha sido ya concluída, con el concurso de 120 asistentas-alumnas de la Escuela de Servicio Social, que al efecto fueron divididas en distintos equipos y asignadas a las zonas de más alto porcentaje de mendicidad en las poblaciones abarcadas.
- 3.—Las labores de tabulación de los datos obtenidos han corrido a cargo de las señoritas Gladys Velasco y Blanca Lozano Cacho, quienes han actuado bajo la supervisión del Dr. Eduardo Rosales Puentes, profesor del curso de Investigación Social y Estadística.

### La Investigación

- 4.—El trabajo ha comprendido a 669 familias con un total general de 2,476 personas integradas, lo que, de acuerdo a la información disponible, arroja un promedio aritmético teórico de 3.7 personas por familia, pero que, considerando la mediana "como medida más exacta, en la cual no influyen las cifras extremas, resulta que ésta alcanza a 6 personas por familia".
- 5.—El total de mendigos abarcados, alcanza a 695 personas de las que, el 87.91% son adultos y 13.09% menores, pudiéndose señalar como comprobación interesante en relación a los fines de esta nota, que los porcentajes de mendicidad se elevan sensiblemente sobre los 53 años hasta los 93 entre los adultos de sexo masculino, ocurriendo fenómeno equivalente entre las mujeres adultas, cuya densidad entre 63 y 83 años es apreciable, aunque con una distribución porcentual mayormente uniforme y un alza significativa entre los 23 y 43 años.
- 6.—Aparece asimismo de la encuesta, otro resultado con sugestiva significación social, cual es que entre los varones, un 73.18% no tienen ninguna persona a su cargo, 4.75% cuentan con sólo una y un porcentaje igual con dos personas; en tanto que entre las mujeres, un 57.28% no tienen ninguna persona a su cargo, el 10.09% tienen una y el 8.31% dos dependientes.
- 7.—Aún más importante que todo lo anterior, es la verificación atinente a las causas de mendicidad, las que se hallan reunidas en dos grupos genéricos —invalidez e inhabilidad—, a los que se agrega categorías adicionales.

INFORMACIONES SOCIALES

8.—Aparece así, que entre los adultos hay una elevada incidencia de inhabilidad —absoluta o parcial—, de carácter permanente, con el siguiente origen:

Ciegos . . . . .	18.65 %
Cojos . . . . .	9.65 „
Mancos . . . . .	1.60 „
Sordo-Mudos . . . . .	0.96 „
Paralíticos . . . . .	5.47 „
Enfermos Mentales . . . . .	6.10 „
Ancianos . . . . .	22.19 „
Epilépticos . . . . .	0.96 „

Como causa de mendicidad, el porcentaje más alto (22.19%), es absorbido por la ancianidad.

9.—Entre las mujeres, la distribución con iguales fines, registra las siguientes cifras relativas:

Ciegas . . . . .	7.30 %
Cojas . . . . .	0.33 „
Mancas . . . . .	0.66 „
Sordo-Mudas . . . . .	0.66 „
Paralíticas . . . . .	1.66 „
Enfermas Mentales . . . . .	3.32 „
Ancianas . . . . .	37.55 „
Epilépticas . . . . .	1.32 „

En este grupo el porcentaje de ancianas, como puede verse, se eleva a 37.55% siendo asimismo esta la razón de mayor gravitación entre todas las que determinan la indigencia.

10.—Finalmente, hay un nuevo factor que conviene acentuar, reflejado en el hecho de que entre los hombres, sobre los 68 años se agrupa el mayor número de personas que sólo mendigan, a diferencia de quienes alternan esta actividad con otras (trabajo eventual o estable y estudios), teniendo iguales características la comprobación entre limosneras de sexo femenino.

Estas son, señor Director Gerente, desde nuestro punto de vista las comprobaciones primarias más importantes, que hasta hoy, aparecen del estudio en referencia.

11.—Cabe agregar, que además de los grupos subrayados anteriormente, la indagación ha comprendido a los menores y a las otras categorías intermedias que se ubican entre los extremos de niñez y ancianidad. No obstante, los fines de esta nota, son ajenos a ellas.

Aspectos de interés social

12.—El mérito de los puntos precedentes, permite afirmar que los más importantes factores determinantes de mendicidad en Lima, están representados por las distintas formas de invalidez, debidas a lesiones congénitas o adquiridas, o a vejez.

13.—Aunque los hechos apuntados eran ya conspicuos, hoy, por primera vez, se ha procedido al análisis y estudio metódico de la extensión, causas y modalidades de los mismos en Lima, siendo encomiable el que la autoridad edilicia local, haya tomado iniciativa en este

## INFORMACIONES SOCIALES

interesante terreno de trabajo social concitando el sentimiento y la simpatía de la sociedad.

- 14.—Concluída la parte inquisitiva de esta encuesta, por lo menos en sus fases más vitales, cabe esperar ahora como corolario, que se aborde la segunda etapa, relativa a la solución que ha de darse al problema cuya amplitud reclama el concurso de las autoridades e instituciones públicas del país.
- 15.—En orden a lograr los resultados positivos propuestos, parecería que puede corresponder a la Caja, expresar opinión o emitir consejo, por lo menos en cuanto al grupo referido en los párrafos precedentes, es decir al de los inválidos absolutos o parciales, —por razón de lesiones físicas o de edad avanzada—, respecto al cual no podría nadie negar la necesidad del auxilio público, ya que en este caso, la mendicidad es ejercida como único recurso de subsistencia, en defecto de un régimen legal de socorros.

## La solución del caso

- 16.—Refiriéndonos siempre a estas clases —inválidos y ancianos—, y de momento sólo a la población de Lima, la solución comprendería necesariamente la remoción de las causas de mendicidad, es decir de la indigencia, absoluta o relativa, mediante la provisión de una renta básica de subsistencia, eventualmente suplementada con bonificación por determinados dependientes (hijos menores, cónyuge inhábil por razón de deficiencia física, edad o por razones que hacen la invalidez sumamente penosa).
- 17.—Al fin antedicho, se orientan en distintos países los sistemas de Previsión, que no sólo ejercen su acción protectora en favor de los grupos económicamente activos de la población, sino de quienes no tuvieron oportunidad de pertenecer al mismo, o cuyas perspectivas económicas fueron frustradas, al ser desplazados prematuramente del mercado del trabajo, si haber podido calificarse para las pensiones contributivas de invalidez o vejez a cargo de los seguros sociales.
- 18.—En concreto, un régimen de pensiones no contributivo crearía los medios de subsistencia en favor de este sector de inhabilitados para quienes en algunos casos, se abriría como recurso primario y como requisito sine qua non, la posibilidad de ser colcados en actividades asalariadas, mediante su registro obligatorio en el Servicio del Empleo. Desde luego, las posibilidades de reclasificar a los lisiados, serían precarias, desde que aún no se ha establecido en el país, centros de rehabilitación destinados a utilizar las fuerzas residuales de los inválidos mediante su entrenamiento para nuevas ocupaciones compatibles con su déficit orgánico o funcional.
- 19.—Debe entenderse que si el Municipio de Lima ha patrocinado el desarrollo de este trabajo, presumiblemente estaría en aptitud, asimismo, de abordar la solución que el caso reclama, creando rentas que permitan solventar un sistema de previsión organizado en armonía con las tendencias nacionales e internacionales contemporáneas, según las cuales, la función sustantiva de la asistencia, debe orientarse al auxilio de los niños, ancianos y personas inhabili-

## INFORMACIONES SOCIALES

- tadas, sin derecho por esta causa a rentas de origen contributivo.
- 20.—La calificación de los casos en que procede la asistencia de los ancianos e inválidos es relativamente simple, ya que bastaría la constatación de la edad o la extensión incapacitante de la inhabilitación para declarar en principio el derecho de los solicitantes. En una segunda etapa, deberá necesariamente condicionarse el servicio de las rentas a la comprobación estricta de la indigencia.
- 21.—Con tendencia uniforme, los sistemas no contributivos de pensiones de vejez, exigen el que los beneficiarios alcancen una edad superior a la que abre el derecho a las rentas de seguro social, la que se fija en los 70 años para los hombres y 65 para las mujeres. Este límite, sin embargo, debe consultar las posibilidades de que el mercado del trabajo local, pueda absorber la oferta de trabajadores sobre los 60 años.
- 22.—En el caso de los inválidos, el derecho se subordina a la evaluación del grado inhabilitante de la lesión o defecto, siendo procedente exigir la inscripción de los postulantes en el Servicio del Empleo, en orden a su eventual, aunque improbable colocación.
- 23.—En una y otra circunstancia, podría otorgarse durante un corto tiempo, pensiones provisionales, cuya conversión en definitivas se operaría, cuando quedara evidenciada la imposibilidad de obtener ocupación asalariada en favor de los solicitantes.
- 24.—En el Perú, existe ya un régimen institucional tripartito, cuya contribución mancomunada aseguraría el éxito de la acción propuesta. El está conformado por nuestra Caja, el Servicio Social y el Servicio del Empleo.
- 25.—Restaría sólo un aspecto: el relativo a la financiación del plan. A este respecto, debe entenderse que existen renglones tributarios susceptibles de ser mayormente gravados, sin menoscabo alguno de la economía del país, tales como el de juegos y el de lotería, por lo menos en cuanto a los premios más altos de esta última.
- 26.—Desde luego, se trataría en todo caso de un régimen de asistencia al que se encargaría de la provisión de beneficios en numerario, quedando a cargo de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, la atención médica, hospitalaria y farmacéutica de los pensionistas, quienes con cargo a sus rentas, cubrirían el costo que demandan estos servicios. Debiera organizarse, de ser posible, Centros de Rehabilitación para el entrenamiento de estos grupos en ocupaciones compatibles con su déficit, en estricta cooperación con los organismos competentes del Ministerio del Trabajo y con vista a la demanda de mano de obra en el mercado laboral.
- 27.—Cualquier solución sobre este particular, estaría necesariamente subordinada a la regulación legal del problema de la mendicidad en su integridad, y, en todo caso, la experiencia que resulte de la aplicación del proyecto general en Lima, podría más adelante hacer aconsejable su ampliación a otras zonas territoriales.
- Lima, Agosto de 1955.

JORGE A. VALCARCEL  
 Departamento de  
 Estudios Sociales y Económicos.

# Resultado de cinco años de Campaña Escolar en Lima, Callao y Balnearios

Por: ALFONSO BOURONCLE CARREON.

Doctor en Medicina, Médico-Jefe del Depto.  
de Epidemiología de la Dirección de Tu-  
berculosis del Ministerio de Salud Pública y  
Asistencia Social del Perú.

Desde el año 1950, la División de Tuberculosis ha iniciado un programa de despistaje tuberculino-radiológico y vacunación con BCG en el medio escolar de Lima, Callao y Balnearios.

En los tres primeros años, este programa se ha circunscrito a los alumnos de transición y primer año, y es a partir del año 1953, que se hizo extensivo a toda la población escolar de los colegios fiscales, complementándose con un programa de vacunación en los colegios nacionales. En forma progresiva se ha ido extendiendo a nuevos distritos de la Gran Lima, y tene mos, en el año 1954, fueron involucrados los colegios del Rímac, Magdalena, San Miguel y Miramar, pero simultáneamente el año 1954, se ha dejado de trabajar el Callao, por ser radio de acción de la Unidad Sanitaria de dicho puerto.

En los dos primeros años, la sistemática de trabajo fué la siguiente:

Prueba tuberculínica, dilución al 1,000. Simultáneamente los alumnos eran sometidos al examen radiológico (Foto-roentgen).

A las 48 horas se procedía a la lectura de la prueba tuberculínica, y a los tuberculino-negativos, se les sometía a una nueva prueba con dilución al 1/10, e igualmente se efectuaba el examen radiológico a los alumnos que hubieren estado ausentes en el primer examen.

Dos días después se efectuaba la segunda lectura, procediéndose a la vacunación con BCG a todos los reactores negativos, e igualmente se volvía a efectuar un examen radiológico a los ausentes de los dos primeros exámenes.

Este sistema de trabajo, si bien estudiaba más exhaustivamente la reacción tuberculínica y se disminuía la posibilidad de vacunar a los infra-alérgicos, tenía como desventaja la pérdida de tiempo, ya que la experiencia demostró que el número de reactores positivos en la segunda

## INFORMACIONES SOCIALES

dilución, era extremadamente pequeña, e igualmente el equipo de rayos X, en los exámenes posteriores, sólo lograba captar un reducido número de alumnos, es por esta circunstancia que a partir del año 1952, se modificó el sistema de trabajo procediéndose en la siguiente forma, que es la que persiste en la actualidad:

1º—Prueba tuberculínica, dilución al 1,000 a todos los escolares.

2º—A las 48 hrs. se efectúa la lectura, los reactores positivos son sometidos al examen foto-radiográfico, y a los reactores negativos se procede a vacunarlos.

Este sistema nos parece que es el que mejor encuadra dentro del trabajo que venimos realizando, ya que nos permite captar el mayor porcentaje de población escolar, que es justamente uno de los postulados que plantean los Organismos Internacionales en lo que se refiere al programa de inmunización de colectividades.

Hasta este momento han sido examinados en los 5 años: 179,777 escolares.

En el siguiente cuadro tenemos el número de personas examinadas y la cantidad de ausentes:

CUADRO N° 1

Años	Alumnos matriculados	Alumnos examinados	% de examinados	Ausentes	% de ausentismo
1950	17,556	14,213	80.95	3,343	19.05
1951	22,984	16,658	72.47	6,326	27.53
1952	26,293	21,608	82.18	4,685	17.82
1953	67,631	59,543	88.04	8,088	11.96
1954	78,393	67,755	86.42	10,638	13.58

Como se puede apreciar, el ausentismo escolar es enorme, y si se agrega que una gran parte de los colegios fiscales son colegios en alterna, podemos deducir que el aprovechamiento de gran cantidad de alumnos es prácticamente nulo.

En el siguiente cuadro vemos el aumento progresivo en el trabajo efectuado; en el último año arroja: 376.71% en relación a 1950.

CUADRO N° 2

Años	%
1951	17.20
1952	52.02
1953	318.93
1954	376.71

## INFORMACIONES SOCIALES

En relación a los resultados obtenidos con la reacción tuberculínica tenemos:

CUADRO N° 3

Años	Nº de examinados	Positivo +	%	Negativo —	%
1950	14,213	7,510	52.8	5,931	41.7
1951	16,658	8,756	52.6	7,902	47.4
1952	21,608	12,752	59.0	6,893	31.9
1953	59,543	34,785	58.4	20,007	33.6
1954	67,766	39,308	58.0	23,183	34.2

Vemos que la cantidad de reactores positivos es ligeramente superior al 50%, y también se puede apreciar cómo en el año 1952, aumenta este porcentaje. Este aumento lo consideramos debido exclusivamente a la influencia del BCG, ya que en los tres primeros años, como se dijo anteriormente el trabajo se realizó exclusivamente en los dos primeros años escolares.

En el año 1953 en que fueron trabajados el íntegro de los escolares de colegios fiscales y algo más de 8,000 alumnos de colegios nacionales, se obtuvo 58.4% de reactores positivos. Este porcentaje, superior al encontrado el año 1950, está influenciado parcialmente por la mayor edad de algunos de los grupos examinados, al igual que en el año 1954, en que se obtuvo 58%, en ese año no se han trabajado colegios de secundaria. Como se puede apreciar, no siempre han sido los mismos grupos los que han sido sometidos a este examen, por lo cual, consideramos que no son estrictamente comparables, pero si podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1º—El índice de infecciosidad originalmente fue superior al 50% a pesar de tratarse de colectividades cuyas edades fluctúan entre 5 y 8 años de edad, lo cual nos demuestra la precocidad de la infección en el medio escolar que está corroborado por el 41.84% en el año 53, y 39.36% en el año 54, índice de positividad en los Jardines de la Infancia, cuyas edades oscilan de los 3 a los 4 años.

2º—El índice de positividad en el medio escolar de Lima, irá aumentando progresivamente debido a la vacunación sistemática que se viene realizando en el medio escolar, y también en los recién nacidos.

3º—Cualquier estudio futuro que se haga sobre índice de infecciosidad en el medio escolar de Lima para obtener valores absolutos, tiene que ser efectuado con mucho cuidado para no incurrir en el error de aceptar las alergias post-vacunales como expresiones de infecciosidad. Consideramos que la expresión de infecciosidad debe ser usada exclusi-

## INFORMACIONES SOCIALES

vamente para aquellas personas que han hecho el viraje tuberculínico por la acción de bacilos virulentos. Es índice de positividad para expresar el viraje tuberculínico dependiente del Bacilo avirulento o BCG.

4º—Creemos que en algunos años, posiblemente, habremos llegado a un 80 a 90% de positividad, porcentaje óptimo considerado epidemiológicamente como prueba de la difusión y continuidad de la vacuna con BCG en el medio escolar, en ese momento es cuando mejor hay que estudiar los índices de morbilidad, ya que recién podemos avaluar los beneficios de la vacunación.

Con relación al sexo, vemos en el siguiente cuadro que no hay mayor diferencia significativa en los resultados obtenidos en los últimos dos años:

CUADRO N° 4

Años	HOMBRES		MUJERES	
	Positivos %	Negativos %	Positivos %	Negativos %
1953	59.13	32.83	59.39	32.98
1954	61.11	33.40	58.49	33.58

Estas cifras han sido obtenidas ajustando las tasas, y la diferencia a 100 corresponde a grupos sin lectura tuberculínica.

El siguiente cuadro nos muestra los resultados obtenidos durante el año 1953 en los Colegios Nacionales y Grandes Unidades Escolares:

CUADRO N° 5

	Positivos %	Negativos %
Hombres	60.40	33.50
Mujeres	63.81	29.36

Haciendo la distribución por localidad en los años 53 y 54, hemos hecho la separación en dos grupos, Lima y Balnearios.

CUADRO N° 6

## CIFRAS ABSOLUTAS

Años	L I M A			BALNEARIOS		
	Posit. +	Negat. —	Sin lectura	Posit. +	Negat. —	Sin lectura
1953	20,845	11,608	2,877	5,077	3,833	957
1954	29,942	17,868	3,555	9,366	5,315	1,710

INFORMACIONES SOCIALES

CIFRAS RELATIVAS

Años	Posit.	Negat.	Sin lectura	Posit.	Negat.	Sin lectura
1953	59.00	32.86	8.14	51.45	38.85	9.70
1954	58.29	34.78	6.92	57.14	32.42	10.43

En los cuadros siguientes vemos las cifras absolutas y relativas de lo que se ha encontrado, y podemos apreciar que en el año 1953, existe diferencia significativa en la positividad encontrada en los dos sectores. Esta diferencia creemos que dependa de que Lima es una zona de bastante industrialización; sectores antiguos de viviendas con gran hacinamiento en ellas, e igualmente los espacios libres en donde se han formado los clásicos corralones, mientras que en el área de balnearios, existen grandes barrios residenciales y el hacinamiento es menor. En el año 1954 mientras que en Lima no ha habido mayor variación, en los balnearios sí se ha producido un aumento de la positividad, esto lo consideramos dependiente exclusivamente como resultado de la Campaña de Vacunación. La no variación en Lima, e incluso su ligera disminución, la consideramos dependiente a que en el año 1954, han sido trabajados nuevos barrios que mayormente no habían sufrido la influencia del BCG.

En el año 1954, hemos agrupado a los escolares por el lugar de nacimiento, distribuyéndolos en dos grupos, el uno formado por los nacidos en Lima, Callao y Balnearios, y el segundo, por los nacidos en cualquier región del país, incluyendo el elemento extranjero. Estos porcentajes se han elaborado ajustando las tasas a los respectivos grupos:

CUADRO N° 7

Lugar de Nacimiento	CIFRAS RELATIVAS		CIFRAS ABSOLUTAS
	Positivos +	Negativos -	Número de examinados
Lima, Callao y Balnearios	62.95	37.05	45,472
Otros lugares	64.50	35.50	12,446
Ignorado	58.20	41.80	3,680

En el cuadro N° 7 se puede apreciar que hay un mayor aumento de la positividad en el grupo de escolares nacidos fuera de Lima, aunque la diferencia no es significativa, pues no tenemos la referencia del tiempo de residencia, no podemos llegar a conclusiones definitivas pudiendo simplemente plantear la hipótesis de que los índices de infecciosidad de la población escolar en los diferentes sectores del país, son similares.

## INFORMACIONES SOCIALES

En el grupo en que se ignora el lugar de nacimiento, observamos una menor positividad, creemos que esto sea dependiente en forma exclusiva, por la menor edad de los examinados, ya que el mayor porcentaje de los existentes en este grupo, son alumnos de los Jardines de Infancia y Transición, y que por su edad no pueden informar del lugar de su nacimiento.

En relación a la edad, tenemos el siguiente cuadro:

CUADRO N° 8

Año 1954

Grupos de edad	% Positivos	% Negativos	N° examinados
	+	-	
Ignorado	63.49	36.51	641
3 — 5	39.23	60.77	1,221
6 — 8	50.63	49.37	19,024
9 — 11	66.50	33.50	22,632
12 — 14	72.49	27.51	15,503
15 — 17	77.59	22.41	2,392
18 y más	71.89	28.11	185

Del cuadro que antecede podemos observar cómo la positividad está en razón directa con la edad, con excepción del último grupo, o sea los mayores de 18 años, que por la cantidad de personas observadas, 185, se le puede asignar un valor relativo, pero de todas maneras observamos su alto porcentaje.

La vacunación con BCG a pesar de haberse iniciado su práctica en el año 1935, no ha alcanzado mayor difusión, siendo Lima e Ica, las únicas ciudades en donde este método de inmunización se ha difundido debido a la elaboración y ejecución de programas, sin haber alcanzado un desarrollo pleno, ya que si consideramos que la vacunación está basada fundamentalmente en dos grupos, recién nacidos y escolares, tenemos: en relación a los primeros sólo son captados los niños que nacen en las maternidades, que representan un 30 a 35% del total de nacimientos habidos en Lima, no existiendo por el momento ningún programa de vacunación domiciliaria, y tampoco existe disposición alguna, estableciendo la obligatoriedad de vacunación en los recién nacidos, tal como funciona en otros países, recomendado por el Primer Congreso Mundial de BCG.

En relación al segundo grupo sólo se trabajó en los colegios fiscales, quedando sin este programa la población escolar de los colegios nacionales, que sólo son captados en muy pequeña proporción, y los colegios particulares; si consideramos que Lima tiene aproximadamente 250,000 alumnos y sólo son trabajados alrededor de 90,000, tenemos que cerca de un 64% de la población escolar no es trabajada, a pesar de que los Organismos Internacionales y el Primer Congreso Mundial de BCG,

## INFORMACIONES SOCIALES

recomienda enfáticamente que la vacunación debe ser sistemática en los escolares, adolescentes y adultos jóvenes.

En nuestro medio existe una Resolución Ministerial del año 1952 que establece su obligatoriedad en transición y primer año de los colegios fiscales, sin embargo hasta la fecha no hemos conseguido que esta Resolución se haga extensiva a todos los escolares del país .

Debemos manifestar que en la práctica de la vacunación en el medio escolar, hemos encontrado resistencia en algunos directores y maestros, los cuales manifestaron que sus médicos no recomendaban este tipo de inmunización en ninguna forma.

Queremos indicar, igualmente, que el grupo de pre-escolares en la actualidad, escapa a toda posibilidad de captación por la falta de cooperación por las Instituciones que deberían realizar esta labor. Igualmente queremos señalar que fuera de las ciudades antes mencionadas, no existe en el resto del país un programa organizado que permita vacunar al mayor porcentaje de susceptibles, llevándose en este momento la vacunación en algunas ciudades en forma restringida y a veces esporádica, con lo cual jamás se llegará a conseguir el número mínimo de vacunaciones que el Departamento de Epidemiología de la División de Tuberculosis ha considerado en 300,000 vacunaciones al año, cifra que representa el número de nacimientos que hay en el país anualmente, por lo cual considero que es absolutamente necesario para la difusión de la vacunación con BCG en el país, que los Organismos de Lucha Antituberculosa y la Sociedad Peruana de Tisiología, realicen un programa de educación:

1º—En los Organismos de Salud Pública para que colaboren en esta campaña; y 2º, en el Cuerpo Médico en general, ya que existen algunos sectores de colegas que no sólo son indiferentes a la vacuna, sino que son detractores de ella.

En el cuadro siguiente tenemos el número de vacunaciones efectuadas en la campaña escolar realizada en Lima e Ica.

CUADRO Nº 9

AÑOS	NUMERO DE VACUNADOS	
	Lima	Ica
1950	5,782	
1951	7,902	1,531
1952	6,706	4,174
1953	19,703	2,450
1954	22,124	1,751
Total	62,217	8,875
		70,592

La técnica que se sigue es: Vacunación intradérmica en la región deltoidea derecha a la dosis de 0.10 de cc., con una concentración de 1/10 de mgr.

## INFORMACIONES SOCIALES

Quiero dejar establecido que este número de vacunaciones no representa igual cantidad de personas debido a que muchos alumnos han recibido dos, e incluso tres vacunaciones cuando de un año a otro en la prueba tuberculínica resultaron negativos, también queremos expresar que no conocemos el porcentaje exacto de re-vacunaciones debido a la falta de personal para hacer un estudio más exhaustivo de cada uno de los escolares que se trabajó y a la falta de maquinaria para el trabajo de las fichas.

Como complicación de la vacuna se observa en muy bajo porcentaje procesos adeníticos axilares y en menor proporción fenómeno de Koch, que es el resultado de la vacunación en los infra-alérgicos, pero que no tienen ninguna repercusión sobre el estado general de la persona, y tan sólo provoca las molestias locales que pasan rápidamente con simples curaciones tópicas en la mayoría de los casos.

Desgraciadamente no tenemos una estadística completa de las complicaciones, ya que muchos de los casos acuden a médicos particulares o servicios médicos en donde es imposible poder obtener informaciones.

Nos permitimos usar las cifras mostradas por el Dr. F. Van Deinse, Jefe del Servicio de BCG del Instituto Pasteur de París, en el 1er. Congreso Mundial del BCG:

38.997 por escarificación, 19 casos (Adenitis) — 0.05%. 77.938 por vía oral, 6 casos — 0.008%. La complicación aparece de 1 a 11 meses.

El Profesor F. Gómez, del Uruguay, en 9577 multipunturas, 129 casos — 1.34%.

Sáenz del Instituto Pasteur en Francia, 413,826 vía oral, 18 casos 1 x 25,000.

El Profesor Sáenz, dice: “La inocuidad y la eficacia del BCG han sido demostradas durante más de 25 años en la mayor parte de países civilizados del mundo, y su aplicación en el momento actual pasa de los 100 millones de personas”. (Del Boletín de La Unión Internacional contra la Tuberculosis).

En relación a la posibilidad de difusión de la vacuna en el resto del país, queremos manifestar que por el momento no es posible llegar a muchas regiones por la no existencia o dificultad en las vías de comunicación, consideramos que esto puede ser superado mediante la producción de vacuna seca y el empleo de la técnica de Steward Trambusti en la determinación tuberculínica.

A continuación, nos hemos permitido transcribir algunas de las resoluciones adoptadas por el 1er. Congreso Mundial de BCG, ya que consideramos que ellas son las que mejor pueden expresar la doctrina que debe de regir cualquier programa de vacunación antituberculosa:

**Resolución.**—El primer Congreso Internacional de BCG afirma:

1º—Que el estudio de más de 10 millones de vacunaciones efectuadas en el mundo entero en el curso de veinticinco años, confirma la INOCUIDAD ABSOLUTA de la vacunación con el BCG en la especie humana.

2º—Que la vacunación por el BCG, es el método de prevención de la MAYOR EFICACIA contra la tuberculosis.

## INFORMACIONES SOCIALES

5º—Que el Congreso reconoce como bueno, todo método de vacunación con el BCG que provoca en el tiempo UNA ALERGI A NETA Y DURABLE.

8º—Que la vacunación de TODOS LOS RECIEN NACIDOS se impone en primer término; en los sujetos de mayor edad, los adolescentes y los jóvenes adultos que tengan una reacción tuberculínica negativa y deben ocupar un lugar primordial LAS CATEGORIAS DE PERSONAS DE MAYOR EXPOSICION, por ejemplo: estudiantes, personal médico, personal paramédico, etc.

9º—El Congreso recomienda la práctica de la REVACUNACION de los sujetos vacunados cuando la sensibilidad cutánea de la vacuna ha desaparecido.

10º—Que el Congreso considera como de un interés urgente la MAS LARGA DIFUSION POSIBLE de la vacunación por el BCG.

11º—Que el Congreso recomienda EL MANTENIMIENTO DE TODAS LAS OTRAS MEDIDAS PROFILACTICAS en uso, en la lucha contra la tuberculosis.

CUADRO Nº 10

AÑOS	EXAMINADOS	ENFERMOS	%
1950	14,213	407	2.9
1951	20,230	416	2.1
1952	21,608	815	3.93
1953	45,197	962	2.13
1954	67,755	1,181	1.74

CUADRO Nº 11

AÑOS	EXAMINADOS	ENFERMOS	%
1950	14,213	407	2.9
1951	20,230	416	2.1
1952	12,497	815	6.81
1953	23,499	962	4.09
1954	40,201	1,181	2.94

La diferencia que se observa de uno a otro cuadro, se debe a que en el cuadro Nº 10, se ha deducido el índice de morbilidad considerando el íntegro de los alumnos examinados, mientras que el siguiente cuadro (Nº 11), se han obtenido los índices de morbilidad en relación de sólo el número de alumnos examinados por la pantalla, haciendo exclusión de los reactores de negativos que no fueron sometidos al examen foto-radio-gráfico; como se verá estos resultados corresponden a un material seleccionado, pero de todas maneras se observa que los índices encontrados

## INFORMACIONES SOCIALES

son bastante elevados, si se les compara con los resultados obtenidos en otros países.

En relación al índice de morbilidad que se ha observado tenemos:

En el año 1952 hay un aumento de este índice en relación a lo observado en los dos primeros años, esto es dependiente a que a partir de este año, se ha practicado el examen en el íntegro de la población escolar de los colegios fiscales, lo cual determina la mayor edad en los examinados.

En los años siguientes, el índice de morbilidad ha disminuido, se debe en forma exclusiva a la extensión constante que se viene realizando con el examen sistemático de foto-radiografía, examen que permite retirar del colegio a todos aquellos niños que así lo requieren por su tratamiento.

Desgraciadamente muchos padres de familia para evitar la pérdida del año escolar de sus hijos, al tener conocimiento de la enfermedad de estos, consiguen trasladar la matrícula de los colegios fiscales a colegios particulares, en donde no existe mayor control.

En resumen, consideramos que es necesario:

- 1º—**Que se establezca la obligatoriedad en el país, de la vacunación en los recién nacidos.**
- 2º—**Que se establezca la obligatoriedad del examen tuberculino-radiológico y vacunación con BCG de todos los escolares de la República.**

# Nuevas tendencias del Servicio y la Enfermería ante la Doctrina de la Seguridad Social

Por JOSE GALVEZ JAIME.

La enfermera ha sido considerada, desde hace mucho tiempo, la auxiliar indispensable del médico. Por su parte, la Asistente Social, nueva profesional de los últimos tiempos, se reputa actualmente como la colaboradora irremplazable de las instituciones que procuran el beneficio de la sociedad. El objetivo primordial y el centro de los cuidados de la enfermera es la persona humana; mientras que el objetivo de la asistente social en la familia y el grupo. La Asistente Social es por lo tanto una trabajadora sociológicamente más perfecta. Con respecto al médico que, como dice Severino Aznar, es el profesional-cumbre dentro del aspecto sanitario de la Seguridad Social, la Enfermera es auxiliar y la Asistente Social, colaboradora de la valiosa función que le incumbe desempeñar.

## EL PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El creciente desarrollo y marcha progresiva de la ingente doctrina de la Seguridad Social, en este siglo que puede ser llamado el “siglo de la Seguridad Social”, está regido por el principio de Universalidad (Martí Bufill, “Presente y Futuro del Seguro Social”). Este principio, el de la incorporación gradual y progresiva de todos los habitantes de un país determinado, conlleva la tendencia de que las profesiones paraimédicas, la Enfermería en nuestro caso, llegue a estar —en un momento determinado— totalmente adscrito a los sistemas de Seguro Social.

De los tres grandes grupos de riesgos que cubren los Seguros, los Patológicos, Biológicos y Económicos-Sociales, la enfermera de esta clase de organismos tienen que ver especialmente con los Riesgos Biológicos: Enfermedad, Accidentes de Trabajo, Invalidez. Añadiéndose a lo ante-

## INFORMACIONES SOCIALES

rior, está igualmente muy cerca de un importante “riesgo” de tipo biológico: la Maternidad.

### LABOR EN LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD

La posición de la enfermera en los Hospitales o Residencias Sanitarias de los Seguros, no es técnicamente diferente de otros organismos similares, que atienden o no asegurados, pero tiene ciertas derivaciones psicológicas muy propias que examinaremos después brevemente. En un Hospital General del Seguro Obligatorio, se hallan organizadas como en todo nosocomio moderno, las seis grandes Clínicas o Servicios que son los siguientes:

Pediatría . . . . .	Medicina de Niños
Medicina . . . . .	Medicina Interna
Cirugía . . . . .	Cirugía General
Clínica Obstétrico-Ginecológica . . . . .	Medicina-Cirugía de Mujeres y Partos
Psiquiatría . . . . .	Medicina Mental
Geriatría . . . . .	Medicina de Viejos

En estas grandes Clínicas, Servicios o Pabellones se asisten importantes grupos de personas aseguradas y beneficiarias de los sistemas imperantes. Además existen Servicios Especializados: Oftalmología, Oto-Rino-Laringología, Neuro—Cirugía, Cardio—Cirugía, Gabinetes y Departamentos de Patología, de Radiología, Laboratorios, etc. En todas y cada una de estas ocupaciones, corresponde a la Enfermera del Seguro alcanzar un adecuado nivel de especialización, cuando más que la tendencia actual es dar a estas instituciones el más alto grado de eficiencia técnica, asistencial y científica.

Fuera del Hospital del Seguro, la enfermera también interviene en el ambiente rural, en el campo, teniendo siempre como base de operaciones un Policlínico o un Hospital. Se emplean también para este efecto Unidades Médicas y Odontológicas móviles, con un personal adjunto de enfermeras.

### PSICOLOGIA DEL ASEGURADO: OTRO IMPORTANTE FACTOR

De acuerdo a la experiencia recogida por diversos organismos, es muy diferente el comportamiento psicológico de una misma persona, si estuviera o no incorporada en un sistema de aseguración colectiva. Dice el doctor Reinhold Melas, en su artículo “Aspectos Psicológicos de la Seguridad Social” (Serie “Estudios” de la A. I. S. S., Ginebra 1952):

“—Es un hecho reconocido que el asegurado es más exigente con respecto a sus propias instituciones que con las instituciones privadas. Conviene proporcionarle las prestaciones a que tienen derecho, no de manera indiferente, sino con dulzura y bondad; y a menudo dar pruebas de paciencia”.

## INFORMACIONES SOCIALES

Sistematizando la actitud de los asegurados que acuden a los hospitales podemos decir, que son muy pocos los que guardan un equilibrio entre sus derechos y obligaciones. Algunos solamente tienen en mente los derechos que los asisten; a menudo están, quejándose de la más mínima imperfección. Son los querellantes, que están en actitud perenne de querrela. Hay otros que no están conformes con su obligación de cotizar, sin detenerse a meditar que pueden necesitar de los servicios de la institución, aunque no sea para beneficio de ellos mismos sino de sus familiares (el caso de maternidad de la cónyuge, pensiones a los sobrevivientes, etc.). Un pequeño grupo todavía, el de los amoraes, trata de cometer abusos y estafas; y otros asegurados, que poseen personalidades anormales, c tendencia a desarrollar reacciones psicósomáticas, hacen una estancia más prolongada en los hospitales, con el consiguiente dispendio en contra de la institución. Todos estos hechos debe conocer la enfermera, desde su etapa de estudiante, para prevenirlos y remediarlos en lo posible.

### CRITICA DE LA DESPERSONALIZACION DE LA ASISTENCIA

Ante la acerba crítica que han esgrimido algunos, de que los Seguros conducen a una despersonalización de la asistencia al enfermo asegurado, olvidándose de que constituye una persona humana, y convirtiéndola en una simple ficha o número, es necesario reaccionar, especialmente en nuestro medio latino, reforzando los sentimientos de caridad y humanitarismo de nuestras enfermeras, basados en el Juramento de Florence Nightingale, y las virtudes de Luisa de Marillac, la fundadora de la enfermería católica. Dice el Juramento de Florence Nightingale:

“Me comprometo solemnemente... a llevar una vida pura y a ejercer lealmente mi profesión... consagrándome con todo celo a la asistencia y bienestar de aquellos que se encomiendan a mis cuidados”.

El mencionado peligro, el que podríamos llamar el “mecanicismo” de la atención al enfermo, creemos que puede desaparecer ampliamente mediante una sólida formación psicológica, sociológica inclusive ética y religiosa. No se puede olvidar la recomendación de Pic XI ante el II Congreso Internacional de Enfermería Católica (Roma, 1935), de que esta actividad se constituye en una “santa profesión” independiente de cual sea la institución en que se trabaja.

### RESUMEN DEL PAPEL QUE TOCA A LA ENFERMERA

En los tres grandes objetivos o misiones de la Seguridad Social, Prevención, Reparación y Rehabilitación, toca a la enfermera un importante papel. En la Prevención, actuará en programas o campañas conjuntamente llevados adelante por la Sanidad y los Seguros Sociales, en los siguientes campos: Prevención y Control de la Tuberculosis, Reumatismo y Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades Venéreas, Malaria, etc. Igualmente en el aspecto odontológico. En cuanto al pa-

## INFORMACIONES SOCIALES

pel reparativo, que comprende el tratamiento de las diversas enfermedades, hemos expresado que la tendencia es hacia una máxima especialización, dado el avance y la complejidad de las múltiples ramas de la Medicina. En la Rehabilitación, la enfermera debe capacitarse en los procedimientos de Medicina Física, Rehabilitación y Laborterapia de los poliomielíticos, en las escuelas de accidentes profesionales, tuberculosis, osteo-articulares, etc.

### LA LABOR MULTIFORME DE LA ASISTENCIA SOCIAL

El Servicio Social es una profesión que tiene algunas características —aunque no todas—, de una profesión liberal. La Asistente o Trabajadora Social es una profesional culta, de una extracción social intermedia o superior, que reúne generalmente cualidades personales diferentes a las de un simple empleado técnico. La labor que realiza es múltiple y delicada. Actúa como un verdadero gestor administrativo cuando ayuda a las personas, familias o grupos en las diligencias que les corresponden por sus derechos y deberes, funciona también como una maestra de buenos hábitos de higiene, como una amiga que alivia los sufrimientos no solamente corporales sino espirituales, como un consejero en la solución de problemas de trabajo, económicos, sociales o morales. Su papel de intercesora que procura beneficios para los débiles y de coordinadora de los esfuerzos dispersos de las instituciones en favor de los mismos débiles, no puede ser dejado de lado. Por otro lado, en la trayectoria de su vida pulcra señala un precedente y un ejemplo vivo de virtudes ciudadanas.

Por todo lo que hemos dicho anteriormente, se deduce con facilidad lo útil que resulta para un organismo de Seguros Sociales, el contar con grupos de Asistentes Sociales que realicen una labor previamente estructurada y dentro de objetivos definidos, que casi siempre se consiguen con la inversión de suficiente tiempo, energías y presupuestos. En general, los tipos de labor que desempeñan las trabajadoras sociales son la solución de problemas económicos, sanitarios, morales, religiosos, jurídicos, educativos y de trabajo, luego de hacer el “diagnóstico” y el “tratamiento” social del caso que se presenta. Para este efecto, la Asistente Social realiza Encuestas Domiciliarias, Entrevistas personales e Investigaciones Sociales. Su cooperación tanto con los patronos, como con los sindicatos obreros, en favor del trabajador y de la familia —que es el núcleo fundamental de la sociedad a la que convergen sus esfuerzos—, es asimismo muy valiosa.

### SERVICIO MEDICO-SOCIAL CENTRAL DEL HOSPITAL OBRERO DE LIMA

En nuestro medio ya existe una experiencia de varios lustros de las relaciones entre el Servicio Social y las instituciones de Seguro Social. Tanto en las oficinas centrales de la Caja Nacional de Seguro Social como en el Hospital Obrero de Lima, desarrollan su labor estas profesionales, acumulando valiosa experiencia. En el Servicio Médico-Social Central del Hospital Obrero de Lima, trabajando actualmente ocho

## INFORMACIONES SOCIALES

asistentas sociales y ocho auxiliares, estando una Asistente destinada al Servicio Social Rural. Existen Asistentas Sociales en los servicios de Maternidad, Pediatría, Psiquiatría, Medicina General, Cirugía, General, Venéreas y Broncopulmonares. Los conceptos de atención profesional que prestan, son la cooperación con los trámites administrativos, colocación de nuevos trabajos a los que así lo requieren por prescripción médica, charlas en los centros de trabajo, encuestas de causas de abandono de tratamiento, ayudas sociales en efectivo, etc.

## UNA EXPERIENCIA EN PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

Leyendo el Boletín del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, (Año I, N° 5, de Febrero de 1954), encontramos los objetivos y resultados de un Programa Materno-Infantil que contó con la cooperación de un Departamento de Servicio Social. Las finalidades esquemáticas fueron las siguientes: 1).—Cooperar con los servicios médicos mediante la confección de una ficha social de la madre gestante; 2).—Vigilar el cumplimiento de los cuidados pre-y post-parto, lo mismo que el puerperio. (Entregar la “canastilla del recién nacido y los bonos de leche”); 3).—Atender la salud y seguridad del recién nacido y del lactante; 4).—Difundir principios de higiene maternal y del niño; 5).—Coordinar las actividades de las entidades públicas y privadas a fin de evitar duplicidad, anulación o interferencia de esfuerzos. En este mismo documento se reseñan las cifras de visitas domiciliarias y gestiones efectuadas, etc.

En nuestro medio también se realiza esta labor, agravada por el problema del bilingüismo y baja cultura general de las madres aseguradas y beneficiarias.

## EL SEGURO RURAL O DEL CAMPO

Nuestro país, con su población predominantemente rural y entre ésta, con la mayor proporción indígena, presenta escollo importante al avance del Seguro Social. En la Escuela de Servicio Social del Perú hemos revisado cuatro tesis de Asistencia Social que han tratado estos temas. Son ellas: “Un Año de Servicio Social en el Hospital Obrero de Ica” (por Jovita Luz Cabrera, junio de 1944); “Servicio Social en el Hospital Obrero de Huacho” (por Carmela Arriarán Ruiz, Octubre 1944), “El Servicio Social y el Riesgo de Muerte en la Ley del Seguro Social Obligatorio”, (por Sarela Hurtado G., Febrero de 1945) y “El Servicio Social y el Riesgo de Maternidad en la Ley del Seguro Social Obligatorio” (por Berta Chanduvi Torres, Octubre de 1946). En el I Congreso Nacional de Servicio Social, fué presentado un trabajo titulado “Servicio Social en las Prestaciones Médicas del Seguro Social”, que correspondió al Correlato N° 5, suscrito en noviembre de 1947 por las asistentas sociales de la Caja y del Hospital Obrero de Lima. En estos estudios se señala en general la misión que corresponde a la Asistente en los riesgos de Enfermedad, Maternidad, Invalidez, Vejez y Muerte y las peculiaridades del trabajo en el ambiente rural.

Como sugerencias importantes anotamos la conveniencia de asignar mayores presupuestos a esta labor y movilidad propia al Servicio Social

## INFORMACIONES SOCIALES

Rural. Otro concepto importante es la urgencia de inaugurar una tendencia o finalidad preventiva en el Servicio Social, dirigida hacia la Higiene y Seguridad Industrial, lo cual se apunta, sería a la larga beneficioso para el Seguro, rebajando los costos de la futura asistencia médica. Por otra parte, el Servicio Social puede colaborar en las campañas sanitarias antituberculosa, antivenérea, antimalárica, de higienización y mejoramiento de la vivienda, de control de enfermedades infecto-contagiosas, etc. El cuidado de la madre que vive en el campo y del recién nacido, exige una consistente labor de la trabajadora social en las haciendas y centros de trabajo rural. Una iniciativa interesante es la de dividir en sectores el ámbito rural, creando Comités de Protección y Adelanto de la circunscripción, formado por médicos-sanitarios, religiosas, asistentes, ingenieros, estudiantes y vecinos, llevando adelante el funcionamiento de "misiones ambulantes" que realicen fundamental tarea educativa. Esto tendería a evitar la ociosidad y detener la emigración provinciana a las ciudades. En nuestra opinión, por otra parte, cada Hospital Obrero de provincias debería contar con una sección de Servicio Social, lo cual ayudaría a cumplir la finalidad preventiva que le incumbe a la institución.

### ELEVACION DE LA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

En la VII Conferencia Internacional del Servicio Social, realizada en Toronto en junio de 1954, constituyó tema principal la "Promoción del Bienestar Social por Medio de la Ayuda Propia y la Acción Cooperativa", constituyendo este punto —la elevación de la responsabilidad individual y la ayuda propia—, una importante y definida tendencia que se nota en la Seguridad Social, con miras a contrarrestar los eventuales abusos de los asegurados y la mala utilización de los servicios que ofrecen estas instituciones. Tanto en los Estados Unidos, con la "Social Security Administration" que emplea un número considerable de trabajadoras sociales encargadas de hacer comprender a los integrantes de la colectividad la necesidad de su acción cooperativa en beneficio propio y de la comunidad, como mediante las directivas de la Sección de Servicio Social de la OEA (Organización de Estados Americanos) se está fortaleciendo este nuevo concepto.

Entre nosotros, igualmente en el Plan de Reorganización del Servicio Médico Social del Hospital Obrero, presentado en Mayo de 1949, luego de diez años de labor, se hizo hincapié en la necesidad de cambiar el sistema imperante por otro de finalidad preventiva y de elevación del nivel de responsabilidad y conocimiento de la población asegurada. Se propuso dividir la ciudad en sectores, estableciendo en cada uno, una oficina dotada de Asistentes Sociales encargadas de encuestar preventivamente a todos los asegurados, adoctrinándolos y asesorándolos en sus derechos y obligaciones. La obra a realizar sería salir del hospital y de allí actuar concéntricamente en relación a éste.

### RESUMEN DE LA FUNCION DE LA ASISTENTA SOCIAL

Resumiendo la labor de la Asistente Social en las tres grandes fases de la política institucional de los Seguros: Prevención, Reparación y Re-

## INFORMACIONES SOCIALES

habilitación, diremos lo siguiente: En la obligación de prevenir, la trabajadora social puede hacer investigaciones de grupo, educar e instruir sobre el cuidado de la salud, la alimentación correcta, contabilidad doméstica, manufactura casera, etc. En el aspecto de Reparación, tiene que ver con los familiares del asegurado enfermo. En los llamados Seguros de Muerte, Viudedad y Orfandad le corresponde un importante rol. En cuanto a la Rehabilitación debe lograr frecuentemente cambios de colocación del inválido rehabilitado.

### NUEVAS TENDENCIAS DE LA MEDICINA Y LA SEGURIDAD SOCIAL

La Medicina tiende a la Medicina Preventiva y los Seguros que protegen a los trabajadores exclusivamente, evolucionan hacia el Seguro Familiar y el Seguro Nacional, en todos los países. La Medicina Preventiva tiene que ver con los sanos, en los cuales implanta esa formidable revolución médica de los últimos tiempos, el examen masivo de salud o despistaje de grandes colectividades en busca del grado más incipiente de las enfermedades efectuando inclusive el "diagnóstico sin síntomas" o ultra-precoz. Es algo más que la mentada "proyección" del Hospital hacia la Ciudad o hacia la colectividad. Por otro lado la Seguridad Social por sus principios de universalidad y de integridad, no sólo sobre mayor número de personas sino mayor número o la totalidad de riesgos e infortunios. La Vivienda y la Educación se incorporan así como objetivos de la Seguridad Social. Esquemmatizando, diremos que la profesión de la Enfermería puede identificarse con la tendencia hacia la Medicina Preventiva y la profesión de Asistente Social con la gran orientación hacia la Seguridad integral y el Seguro Nacional.

En Chile, la Ley de Medicina Preventiva ha señalado un precedente de jurisprudencia socio-sanitaria de importancia, aunque sus objetivos no hayan sido todavía logrados. En el estudio del doctor Alfonso Campos Menéndez, "Hacia una Política Preventiva de los Seguros Sociales" (Santiago de Chile, 1940) se delinea con precisión la conveniencia de coordinar los esfuerzos de los distintos organismos de seguros sociales, con la misión estatal dirigida a la salubridad y la asistencia social.

### DOCENCIA DE LA ENFERMERIA Y ORIENTACION SOCIOLOGICA

Los Hospitales del Seguro Social con frecuencia organizan Escuelas de Enfermeras en su seno. En la época de iniciación y transición en que nos encontramos en nuestro caso particular, hallamos deficiencias en la formación sociológica de las alumnas de Enfermería: pese a que están viviendo dentro de organismos de Seguridad Social, no han oído hablar de esta doctrina, ni se les expone en forma científica la psicología del asegurado, asunto fundamental. En los "Estatutos para Escuelas de Enfermeras", (Folleto del Ministerio de Salud Pública y A. S., 1953) se consigna en los planes de estudio, en el I año, como curso básico, la Sociología con 30 horas anuales. Parece que en este curso no se aborda la

## INFORMACIONES SOCIALES

educación de la Seguridad Social, en sus aspectos de historia, definición, sistemas, derivaciones de economía y legislación, etc.

### FORMACION DE EXPERTOS EN SEGURIDAD SOCIAL

Las Instituciones de Seguridad Social tienen un interés lógico y natural en la formación de expertos en la teoría y la doctrina, lo mismo que la administración y los peculiares aspectos de la relación de las instituciones con el cuerpo médico. Finalizando este artículo, nos referimos a cómo las Enfermeras y las Asistentas Sociales pueden ser formadas y perfeccionarse en la doctrina de la Seguridad Social, con beneficio ulterior para estas mismas instituciones.

En el II Congreso Ibero-Americano de Seguridad Social, celebrado en Lima, en octubre de 1954, se aprobaron las siguientes Conclusiones, relativas al Tema V: "Sistemas de Formación Profesional de Técnicos":

“—En lo que concierne al personal sanitario-asistencial (médicos, odontólogos, farmacéuticos y demás personal auxiliar), se preconiza que **la formación debe iniciarse en los propios centros de enseñanza** mediante la inclusión en los respectivos planes de estudio de temas relativos al ejercicio de estas profesionales en la esfera de la Seguridad Social. Esta formación debe **completarse con trabajos prácticos mediante becas, conferencias y cursillos** sobre Seguridad Social en las instituciones interesadas”.

# Síntesis del Desarrollo Histórico de la Salubridad en Chile

Por los Dres.

ENRIQUE LAVAL M. y RENE GARCIA VALENZUELA.

Debemos en esta oportunidad referirnos al desarrollo histórico de las funciones de salubridad en el país, presentando una síntesis de cómo se cumplieron, de acuerdo con las tendencias y conocimientos de cada época, durante poco más de cuatro siglos y a la génesis de la creación de nuestro actual Servicio Nacional de Salud.

El cuadro de las actividades sanitarias y asistenciales en el Nuevo Mundo, en la época de la Conquista y de la Colonia, no ofrece diferencias substanciales en los diversos países americanos, ya que España al iniciar su conquista transplantó a ellos las instituciones, uscs y costumbres de la metrópoli. Entre éstos los Consejos del Reino de Castilla que funcionaron con el nombre de Cabildos y cuyas atribuciones tan amplias y sin precisa delimitación, les permitió intervenir en toda la vida social, política y económica de la Colonia, ya que en ellos quedaron centradas toda suerte de funciones legislativas, judiciales y ejecutivas. De aquí que las primeras medidas sanitarias implantadas en el país fuesen adoptadas por el Cabildo, el cual tomó a su cargo la salubridad urbana, el control de alimentos y bebidas, el aprovisionamiento de agua potable, las medidas profilácticas y curativas en épocas de epidemia, el control de los hospitales y del ejercicio de las profesiones médicas, la designación de administradores y demás personal de los nosocomios.

Poco a poco fueron circunscribiéndose sus atribuciones con la implantación de otras instituciones españolas y la dictación de leyes, ordenanzas y reales cédulas que regimentaron todos los aspectos de la vida del país. Entre las nuevas instituciones afloró el Protomedicato.

El Protomedicato había nacido en España en el siglo XV con el carácter de tribunal encargado de autorizar, controlar y aplicar medidas punitivas en el ejercicio de las profesiones médicas y de organismo asesor del Gobierno en todo lo concerniente a salubridad. Incorporado a los países americanos exactamente con el mismo carácter, sobrevivió, en la inmensa mayoría de ellos, hasta la era republicana y paulatinamente fueron cercenándose atribuciones hasta su total extinción.

## INFORMACIONES SOCIALES

La Gobernación y Capitanía General de Chile dependió del Virreinato del Perú y en cuanto a funciones sanitarias, del Protomedicato de Lima, pero la distancia a que éste se encontraba le impidió hacer sentir su acción en Chile y el Cabildo continuó haciendo uso de las atribuciones que las leyes habían confiado a aquél. No obstante, en 1691 el Protomedicato de Lima designó como su delegado en Chile al doctor don José Dávalos Peralta, pero el establecimiento de la Universidad de San Felipe con su cátedra de Prima de Medicina hizo recaer legalmente en 1756 la designación de Protomedicato en su profesora la sazón, el doctor Domingo Nevin y en sus sucesores.

Pero todas las medidas adoptadas, ya por el Cabildo, ya por el Protomedicato no fueron capaces de infundir en el logro de un estado sanitario medianamente satisfactorio, pues el país vivía permanentemente diezmado por la viruela y el chavalongo, o sea, el tifus exantemático.

De todo este período que abarca más de dos siglos sólo merece recordarse la inteligencia, decisión y audacia del fraile juandediano Fray Manuel Chaparro, que fué el primero en la América del Sur en emplear la variolización, iniciándola en 1765, y, más tarde, el primero en practicar la vacunación en el país, en 1805.

Poco a poco se fueron segregando atribuciones al Protomedicato; en octubre de 1808 el Gobierno creó la Junta Central de Vacuna destinada a propagarla, como consecuencia del arribo al país de Granjales, que formaba parte de la expedición enviada por España a América a cargo del doctor Balmis para difundir la vacuna. Esta Junta con algunas alternativas estuvo en funciones hasta la dictación de nuestro primer Código Sanitario en 1918.

El 19 de noviembre de 1842 se creó la Universidad de Chile y la ley que le dió lugar encargó a la Facultad de Medicina "velar por el cultivo y adelantamiento de las ciencias médicas, dedicarse especialmente al estudio de las enfermedades endémicas de Chile y de las epidemias que afligen más frecuentemente la población de las ciudades y campos del territorio chileno, dando a conocer los mejores medios preservativos y curativos, dirigiendo sus observaciones a la mejora de la higiene pública y doméstica", todas ellas atribuciones que pertenecían al Protomedicato.

La dictación de nuevas leyes circunscribieron en definitiva esta institución varias veces secular, a una mera comisión consultiva del Gobierno en materia de salubridad, perdiendo definitivamente su carácter de tribunal y el cargo de Protomédico vino a confundirse con el de Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Por otra parte, el Gobierno de acuerdo con disposiciones emanadas de la Constitución Política del Estado de 1833, dictó diversas leyes, ordenanzas y reglamentos relativos a salubridad pública. El 30 de diciembre de 1886 entró en vigencia la Ley de Policía Sanitaria que facultaba al Presidente de la República para que en el caso de que en un país extranjero haya epidemia contagiosa, pueda declarar cerrados los puertos marítimos y terrestres, o someter a cuarentena y a medida de desinfección las naves, personas y carga procedentes de países infectados y establecer cordones sanitarios que impida en absoluto el ingreso de personas o mercaderías provenientes de estos países" y poder arbitrar todas

## INFORMACIONES SOCIALES

las medidas necesarias para evitar la propagación del contagio, agregando numerosas disposiciones relativas a clausura de puertos, cuarentena, denuncia de enfermedades contagiosas, medidas de precaución y aislamiento para evitar contaminaciones, sobre desinfección pública, etc.

La ley estaba de acuerdo con los conocimientos de la época, pero los nuevos conceptos bacteriológicos y epidemiológicos hicieron absurda la existencia de cordones sanitarios e ilusa la inmensa mayoría de sus disposiciones.

En conformidad a esta ley el Gobierno dictó en enero de 1887 la Ordenanza General de Salubridad, mediante la cual creó una Junta General de Salubridad destinada a asesorar al Gobierno en materia de Salubridad Pública e inspeccionar en el país los servicios correspondientes. Además creó Juntas Departamentales de Salubridad, a las cuales confió la profilaxia de las enfermedades infecto-contagiosas agudas, especialmente en tiempo de epidemias.

Pocos años después, el 15 de setiembre de 1892, se promulgó la ley que creó el servicio de higiene pública y estableció el Consejo Superior de Higiene Pública, en reemplazo de la anterior Junta de Salubridad, y fundó además, el Instituto de Higiene, uno y otro dependientes del Ministerio del Interior, pero la misión del Consejo no llegaba más allá de simples funciones asesoras, sin atribuciones ejecutivas.

Correspondió al Instituto de Higiene hacer los estudios científicos relacionados con la higiene pública y privada que tanto el Consejo como su director le encomendasen; practicar los análisis químicos, bacteriológicos o microscópicos de aquellas substancias que pudiesen influir sobre el estado sanitario de la población y coordinar los datos necesarios para iniciar la formación de la estadística médica y demográfica de toda la República. Constaba de 5 secciones: higiene y estadística, química, microscopía y bacteriología, serología y desinfectorio público.

En cuanto a los servicios sanitarios de provincia, quedaron confiados a los denominados médicos de ciudad, cuyas heterogéneas y dilatadas funciones los hacían inoperantes, pues iban desde la atención del hospital, lazareto o dispensario, la inspección de todos los servicios públicos desde el punto de vista higiénico, la otorgación de todos los informes solicitados por autoridades gubernativas o municipales, expedición de informes médicos-legales, comprobación de defunciones de personas fallecidas sin asistencia médica, adopción de medidas profilácticas en tiempo de epidemia, hasta la determinación de la responsabilidad civil en los enfermos mentales.

Fuera de ello hay que consignar que en diciembre de 1891 se promulgó la Ley de Organización y Atribuciones de las Municipalidades, a las cuales confería múltiples deberes relacionados especialmente con la higiene pública y estado sanitario de las localidades; proveer al aseo de la vía pública, reglamentar la construcción y uso de desagües, dotar a las poblaciones de agua y baños públicos gratuitos, establecer mataderos y mercados, reglamentar la expedición de substancias alimenticias e instalación de fábricas, talleres y caballerizas; promover las construcciones obreras, la vacunación voluntaria con facultad de hacerla obligatoria en precisas y determinadas circunstancias, combatir epidemias, organizar desinfectorios, inspeccionar las farmacias, etc.

## INFORMACIONES SOCIALES

Esta simple enumeración demuestra que se carecía de una autoridad única, centralizadora, con atribuciones ejecutivas en materia de salubridad, pues el Consejo era un cuerpo consultivo sin facultad alguna para organizar la defensa contra las enfermedades infecciosas, ni adoptar medidas en beneficio de la higiene pública. Las facultades estaban centradas en el Ministerio del Interior y en las Municipalidades y naturalmente como ocurrió con frecuencia en la práctica, las normas interferidas eran contradictorias e ineficaces. Todo estaba por hacer; la salubridad aún no había entrado en su período de ordenación.

Refiriéndose a esta época que se adentró en el siglo actual, decía uno de nuestros maestros: "El espectáculo que ofrece el país en materia de salubridad es penoso y depresivo para nuestra cultura y debe obligarnos a emprender con decisión la obra patriótica y humanitaria de poner atajo a estos males que la ciencia moderna llama evitables y cuya remoción depende de la voluntad humana". "Es ya tiempo de dejar a un lado las especulaciones filosóficas sobre las libertades individuales y la acción de la higiene pública. Hasta ahora el temor de lesionar las primeras ha sido el más tenaz obstáculo para nuestra debida organización sanitaria y el resultado no puede ser más lamentable". Y agregaba: "A la higiene simplemente consultiva e informativa propia del Consejo Superior y a la técnica que corresponde al Instituto de Higiene es menester agregar un nuevo organismo administrativo que tenga a su cargo la acción sanitaria, tan amplia y expedita como lo exigen las necesidades del país en este orden de cosas".

Los doctores Alejandro del Río, Corbalán Melgarejo y Maira iniciaron los estudios para ordenar en un conjunto lógico y armónico todas las disposiciones sanitarias y crear el organismo que con autoridad suficiente pudiera desarrollar con eficacia la acción sanitaria. Más tarde se agregó el doctor don Lucio Córdova, y, por último, aprovechando el doctor Corbalán Melgarejo su presencia en el Parlamento inició un proyecto de ley que después de varios años vino a transformarse en nuestro primer Código Sanitario aprobado en 1918.

Este Código creó la Dirección General de Sanidad, autoridad unipersonal con facultades ejecutivas: creó numerosos organismos sanitarios bajo su dependencia, dividió el país en zonas de salubridad a cargo de inspectores sanitarios, pero cometió el error de mantener el Consejo Superior de Higiene Pública con atribuciones que interferían con las del Director General y pronto se hizo necesario su modificación que fué confiada al distinguido higienista norteamericano doctor Long. El nuevo Código Sanitario —llamado Código Long— se promulgó en 1925 y dió a la Sanidad Nacional, unidad, autoridad y orientación bien precisa, pero incluyó en sus disposiciones la brusca abolición del control de la prostitución, para la cual el país no se encontraba preparado en esos momentos. Los movimientos políticos de aquel entonces cercenaron funciones, atribuciones y recursos a la Sanidad y subordinaron gran parte de sus funciones a una autoridad policial, al Cuerpo de Carabineros, que obligaron a una nueva reforma del Código que fué promulgada en mayo de 1931 y cuyas disposiciones en su inmensa mayoría se encuentran aún en pleno vigor hasta el día de hoy, y que habrían tenido toda su eficacia si el Servicio hubiera contado con técnicos en número suficiente, con los

## INFORMACIONES SOCIALES

recursos necesarios y si algunas actividades médico-sanitarias no hubieran escapado a su control.

Paralelas a estas actividades de orden sanitario estricto, corrían por cauce separado desde la Colonia, las relacionadas con la atención del enfermo, del niño abandonado y el anciano.

Los hospitales fundados entonces en el país quedaron subordinados al control de los Cabildos y más tarde a la del Gobernador, no obstante que en muchos de ellos, especialmente en los entregados a los Hermanos de San Juan de Dios, fueron los frailes juandedianos por delegación del Gobierno, quienes corrieron directamente con su manejo, pero sin que por ello la autoridad civil dejara de fiscalizar su funcionamiento.

La consolidación del régimen republicano incorporó todos los hospitales del país al patrimonio del Estado y en un comienzo su control quedó confiado a las Municipalidades, pero en la Capital se procedió en otra forma. A fines de 1832 el Gobierno creó la Junta Directora de Hospitales y Casa de Expósitos, a la cual entregó de inmediato los hospitales y la Casa de Huérfanos de Santiago, Junta que pocos años más tarde dió origen a la Junta de Beneficencia de Santiago. Pensó la autoridad que esta subordinación de los establecimientos asistenciales a un Junta de vecinos honorables, llenos de espíritu de caridad y con holgada situación económica, aseguraba por lo menos su funcionamiento sin graves penurias económicas. Poco a poco fué el Gobierno decretando la creación de nuevas Juntas de Beneficencia y sustrayendo los hospitales de la tución de las Municipalidades y dictando reglamentos y ordenanzas especiales para cada una de ellas.

El correr de los años vino a demostrar que esta desordenada dictación de reglamentos para cada Junta había creado una verdadera anarquía en las normas para el manejo de hospitales y asilos y pensó el Gobierno que todo hacía necesario uniformar su marcha y señalar con toda precisión los límites del Estado, y dictó el 27 de enero de 1886 el Reglamento Orgánico de las Juntas de Beneficencia del país, que cumplía con los propósitos señalados y que durante cuarenta años fijó la pauta a que se sometieron las Juntas y los establecimientos de su dependencia.

Con la nueva organización las Juntas sólo disponían de una semiautonomía; la de Santiago, por el número de sus administradores, se autogeneraba dentro de su propio y estrecho círculo social y político, y todas ellas carecían de dirección técnica, lo que necesariamente iba a ser origen de graves dificultades a confrontar con el cuerpo médico, lleno de inquietudes por el progreso de la atención hospitalaria y causa de sucesivas reformas hasta encontrar la línea que la pusiera en armonía con el carácter exclusivamente técnico de sus servicios y con las tendencias de la época.

Se vivía un período en que no se tenía una noción clara, mejor dicho, en que se deseaba ignorar que la salud pública condiciona el bienestar social y que a su vez ella depende de las condiciones jurídicas, económicas y sociales en que se desarrolla la existencia humana.

La Junta de Beneficencia de Santiago constituía una corporación de tipo regresivo, sin una autoridad que pudiera fijar normas administrativas ni técnicas y por su misma composición, permitía que los administradores de hospitales se consideraran señores feudales de ellos.

## INFORMACIONES SOCIALES

En lo conceptual y en lo práctico la institución permanecía impermeable a las ideas de renovación.

Hondas luchas se gestaron dentro de ella y sucesivamente se fueron reformando sus disposiciones: en 1917 se creó un Consejo Superior de Beneficencia con el objeto de dar unidad técnica a todos los hospitales del país, ya que el 99% de ellos pertenecían a la Beneficencia y que en virtud del Reglamento de 1886 habían adquirido la unidad administrativa; con su funcionamiento se logró suprimir la autonomía de las Juntas en materia de construcciones hospitalarias, las cuales quedaron centralizadas en un organismo a cargo de médicos y arquitectos especializados; más tarde señaló el Consejo en forma definitiva, por sugerión del Profesor Alejandro del Río, la regionalización de los hospitales, creando zonas hospitalarias con un hospital regional en la sede de la zona, dotado de todos los equipos materiales y humanos en todas las disciplinas médicas, y normalizando los hospitales subsidiarios, y, por último, logró que en cada hospital del país uno de los dcs administradores fuera necesariamente un médico, hasta llegar a la gran reforma que significó la dictación de la Ley 30 de abril de 1932, que entregó la dirección superior de todos los hospitales del país a una Junta Central de Beneficencia, autónoma, integrada preferentemente por elementos técnicos, colocada al margen de los vaivenes de la política, dotada de fuentes de recursos económicos y que desarrolló su acción con agilidad, nobleza y eficiencia hasta la dictación de la Ley que dió lugar a la creación del actual Servicio Nacional de Salud.

A través de los años, nuevos organismos vinieron a completar nuestros equipo médico-sanitarios. El 8 de setiembre de 1924, por iniciativa del diputado y profesor de Clínica Médica doctor González Cortés, el Congreso Nacional dictó la Ley de Seguro Obligatorio para cubrir los riesgos de invalidez, vejez y muerte, la primera promulgada en el continente sudamericano.

Prácticamente durante los primeros ocho años la Caja careció de una fisonomía propia y se encontró por razones políticas en la imposibilidad de estructurar una organización eficiente de acuerdo con las nuevas ideas sobre previsión social.

Desde 1932 a 1935 se verifica un rapidísimo crecimiento orgánico de la Institución con recursos, personal y servicios curativos que se extienden a toda la República, pero desde 1935 a 1940 se inician los trabajos previos para entrar de lleno en el terreno de la prevención, trabajos que sirvieron de base al doctor Eduardo Cruz Coke para el estudio y proposición al Congreso Nacional de la llamada ley de medicina preventiva.

Desde 1940 hasta la creación del Servicio Nacional de Salud, la Caja cubre una de las etapas más interesantes de su actuación; puso todo su acento en la acción preventiva e inició un reajuste de sus servicios y de su organización con miras a la regionalización en la prestación de los servicios médicos económicos, es decir, creó zonas de cierta autonomía para resolver sus problemas propios.

Es incuestionable que esta acción de la Caja de Seguro, por medio de la cual llegó a controlar 70,000 niños menores de 2 años, fué un fa-

## INFORMACIONES SOCIALES

tor decisivo en el descenso experimentado en el país en las curvas de morbilidad y mortalidad observada en los últimos diez años.

Antes de proseguir es necesario recordar que en 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Sociales, más tarde convertido en Ministerio de Salubridad, con el propósito de dar unidad a todos los servicios asistenciales y sanitarios del país, conforme a la política del Gobierno y oportunidad para hacer oír directamente ante él la voz de las instituciones permanentemente angustiadas por la penuria económica e insatisfecha de su propia acción en desacuerdo con los progresos y tendencia de la época.

La posición política de los Ministros no siempre permitió que se cumplieran estos propósitos sino que se desviaron de su original objetivo.

En 1942 una ley autorizó al Presidente de la República para refundir o coordinar instituciones fiscales y semifiscales. El problema de protección a la infancia carecía en el país, igual que todas las demás actividades médico-sociales, de una directiva única, y, en consecuencia, no existía un programa general y común para resolverlo. En uso de la autorización concedida en aquel entonces, el Presidente de la República creó la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia refundiendo en ella el Departamento Central de la Madre y el Niño, los Centros Preventivos, el Departamento de Sanidad Escolar, el Servicio Dental Escolar y otros más que dependían de la Dirección General de Sanidad y la Dirección General de Protección de Menores que funcionaba bajo la dependencia del Ministerio de Justicia.

Pero el propósito de entregar a una sola directiva los servicios de protección materno-infantil no se cumplieron, pues la Caja de Seguro Obligatorio y la Beneficencia Pública continuaron con sus propios servicios curativos y preventivos y la unidad no se logró.

Esta dispersión de esfuerzos encaminados a un sólo propósito, la protección de la salud, ya había agitado desde antiguo nuestros círculos médicos. Regresaba el Profesor Alejandro del Río, en 1929, de un nuevo viaje por Europa cuando en octubre de ese año dictó diversas conferencias sobre política sanitaria, que produjeron honda impresión. Fué entonces cuando dijo:

“Sobre las finalidades mismas de la higiene de nuestros días no hay en el público una idea bien precisa; tampoco, a nuestro juicio, se coloca en su verdadero sitio ni se asigna su cabal función al servicio encargado de la atención de los enfermos (Beneficencia, Asistencia Social). La higiene previene, la asistencia cura, es una fórmula simplista, anticuada, que conviene abandonar definitivamente para dar plaza a la verdad, desde luego.

“El desarrollo histórico de ambos servicios, es decir, de la sanidad y de la asistencia, explica el criterio del pasado. Y para comprender cuantos errores éste encierra, basta imponerse de la evolución del último cuarto de siglo, del nacimiento y rápido desarrollo de la medicina preventiva y su trascendental importancia en los primeros años de la vida y deducir las lógicas consecuencias que se derivan del hecho de que la profilaxia efectiva de las plagas dominantes que afligen a la humanidad —hablo de tuberculosis y las enfermedades venéreas—, sólo es posible mediante la asistencia de los respectivos enfermos.

## INFORMACIONES SOCIALES

“Predomina hoy la tendencia a sustituir en la medida de lo posible la asistencia curativa por la preventiva. Y debemos agregar que esta nueva rama adquiere de día en día mayor importancia.

“Se dirá y con razón, que estas nuevas directivas introducen una lamentable confusión en el viejo concepto de los asuntos propios a la sanidad y a la asistencia (antigua Beneficencia). Para salir de esta dificultad muy real basta un poco de lógica y decir: sanidad y asistencia son inseparables y deben, por lo tanto, refundirse en un solo organismo, y, en todo caso, obrar de concierto”.

No obstante el interés despertado por la nueva política enunciada por el Profesor del Río, indudablemente no fué propicio ese período para recibir la semilla lanzada por él. Pero desde el año 1931 y a partir del paso por el Ministerio de Salud, del doctor Sótero del Río, los núcleos médicos se enfrentaron decididamente con el problema de la multiplicidad de nuestros organismos sanitarios y asistenciales, con la parquedad de sus frutos derivada del mantenimiento de máquinas administrativas y técnicas que se repetían para concurrir a una misma finalidad. La campaña, trascendió más allá de los ámbitos médicos y llegó a la prensa.

Una vez más, en 1934, el tifus exantemático se extendía por el país: el foco principal de la epidemia era Santiago. Para combatirlo eran necesarias energía, organización y dinero. Energía y dinero hubo, pero la organización era imperfecta; la denuncia, pesquisa de los focos, investigación de los contactos estaban en una mano; el aislamiento de los enfermos, la otra fase de la profilaxia, en poder de otra autoridad y entre ambas se suscitaban interferencias, duplicidad de esfuerzos y frecuentes malentendidos. El problema de colocar todos los recursos bajo un solo comando había rebasado los círculos médicos y trascendía al gran público. “El Mercurio” de Santiago, sin duda el órgano más prestigiado de nuestra prensa, en su editorial de 2 de diciembre de 1934, lo enfocaba con toda precisión:

“No entendemos cómo no se advierte que la subsistencia en Chile de dos servicios paralelos, Beneficencia, o sea, Asistencia y Sanidad, debilita toda acción pública en esta materia. Mientras estos dos servicios, ambos buenos, útiles, con personal preparado y celoso, no se combinen hasta el punto de ser una sola cosa capaz de una sola acción, todo lo que se haga será, como hasta aquí, desorganizado, incoherente y por lo mismo ineficaz. Con esta doble organización que debería ser una sola dictadura, se obtienen resultados espasmódicos de temporada, para atacar una epidemia violenta, para alejar de la vista del gran público un peligro excesivo, pero no se llega a la raíz de los males. La raíz está mucho más abajo, y es bastante fuerte. Necesitaremos veinte o treinta años para extirparla. La obra debería abarcar todo lo que se refiere a la salud de los ciudadanos amagada hoy por el tifus, por la tuberculosis, mucho más mortífera, por la sífilis, por todas las formas del raquitismo. Necesitaríamos comenzar por el niño y velar por su salud, no sólo cuando está propiamente enfermo y degenerado, sino todo el tiempo, para que llegue a ser un hombre sin taras, y viva largos años y resulte factor de riqueza nacional”.

Y poco después la IX Conferencia Sanitaria Panamericana reunida

## INFORMACIONES SOCIALES

en Buenos Aires aprobó una moción presentada por el delegado chileno, doctor don Sótero del Río, que dice:

“La IX Conferencia Sanitaria Americana, se permite recomendar a los Gobiernos la conveniencia de reunir los servicios de Asistencia Pública y privada, Beneficencia y Sanidad, bajo el régimen de una sola autoridad: lo que significa evidente provecho para la acción del Estado y para el robustecimiento de la salud pública, a base de la creación de unidades de asistencia y prevención”.

No obstante que la doctrina defendida por el doctor Alejandro del Río prendió profundamente en el espíritu de los médicos y desde su fallecimiento acaecido en 1939, se luchó tesoneramente por llegar a la fusión de nuestros cuatro servicios médico-asistenciales: Sanidad, Beneficencia, Caja de Seguro y Protección a la Infancia y Adolescencia, la masa médica, miraba —desde otro ángulo— con desconfianza este nuevo intento de estatización de su profesión. Había sido activa propugnadora de la protección médico social del económicamente débil y no hubo de su parte la menor resistencia a la dictación de la Ley que creó el Seguro Social para los trabajadores. Pero la colectividad no supo comprender este sacrificio y más adelante exageró esta previsión y extensión de los cuidados médicos a su casi exclusiva costa, y con franca subestimación de sus servicios, en una serie de instituciones en la que los beneficiarios bien pudieron seguir nutriendo el ejercicio liberal de la profesión.

Por eso pusieron una condición para la nueva contratación de sus servicios, con un único patrón, las siguientes seguridades:

a) La creación de un Colegio Médico que se hiciera cargo de todos aquellos aspectos que dicen relación con el ejercicio de la profesión, como un organismo de supervigilancia y defensa; y

b) La promulgación del Estatuto del Médico Funcionario para asegurar al profesional un ejercicio tranquilo de su profesión, en calidad de empleado, pero con la remuneración adecuada.

Obtenidas estas conquistas, el Cuerpo Médico de Chile entró a colaborar lealmente en la creación de un Servicio Unificado de Salud, para el que pidió autonomía técnica y administrativa, financiamiento adecuado y una organización superior en la que quedarán legitimadas y separadas la dictación de normas y la descentralización de acciones.

Por tal razón estas tres leyes, Colegio Médico, Estatuto del Médico Funcionario y Servicio Nacional de Salud deben ser consideradas como un contrato solemne entre el Estado y el Colegio Médico en representación de la profesión médica. Forman un solo todo y cualquier cambio que afecte a una de ellas involucra un acto modificatorio de las dos restantes.

Es por este camino largo y penoso por el que se alcanza, en definitiva y a partir del año 1952, la fundación del Servicio Nacional de Salud, encargado de llevar a la práctica todos estos principios con una generalidad que constituye uno de los experimentos más atrevidos intentados en los últimos años, en defensa de la Salud.

(Transcripción de la Revista Servicio Social, Año XXIX N° 1 — Enero-Abril — 1955.—Santiago, Chile).

# Boletín Institucional

## ADQUISICION DE TERRENOS

En sesión del Consejo Directivo de la Institución celebrada con fecha 14 de julio del año en curso, el Director-Gerente, señor Ernesto Zapata B., expresó que el Fondo de Empleados había concedido hasta la fecha alrededor de 173 préstamos para viviendas, pero que en su mayor parte, éstos eran para empleados domiciliados en Lima, por lo que precisaba extender este beneficio a los de provincias y también a los obreros. Que con este propósito había encargado a algunas oficinas de la Caja que le enviaran propuestas de ventas de terrenos para estudiarlas y que debía informar lo siguiente:

**Chiclayo.**—Se han recibido tres ofertas una de un lote de 4,200 m<sup>2</sup> situado al este de la ciudad y vecino del Hospital Obrero, por un precio unitario de S/. 60.00 el m<sup>2</sup>; otra de 5,400 m<sup>2</sup>, ubicado en el lado oeste por S/. 25.00 el m<sup>2</sup>, pero que no contaba con servicios de agua y desagüe; y por último la oferta formulada por una Cooperativa Japonesa que vendería un lote de 8,500 m<sup>2</sup> al precio de S/. 40.00 el m<sup>2</sup>.

El Consejo autorizó a la Gerencia, para que previo el estudio de estas propuestas, informase sobre la más conveniente, a los efectos de su adquisición.

**Trujillo.**—Igualmente informó el Director-Gerente que en la ciudad de Trujillo había sido lotizado el terreno que correspondía a la que fué Casa Tapia situado en una de las esquinas de la Plaza Principal y que sus propietarios habían ofrecido un lote a la Caja, situado con frente al Jirón Francisco Pizarro, con un área de 199.80 m<sup>2</sup> y por el precio de 350.00 m<sup>2</sup> y que consideraba ventajosa su adquisición para destinarlo a la construcción de una oficina administrativa. El Consejo acordó la compra de dicho lote condicionándola a la contra-oferta que sobre el precio se hará a los propietarios.

**Huacho.**—El Consejo acordó con el propósito de ampliar el Hospital Obrero de Huacho, adquirir dos lotes de terrenos de propiedad de la Sociedad de Beneficencia Pública de Huacho: uno situado al costado del Hospital, con un área de 3,233.50 m<sup>2</sup>. al precio de S/. 35.00 el m<sup>2</sup> o sea en total S/. 113,172.50; y otro situado al fondo de dicho nosocomio con un área de 1,992.50 m<sup>2</sup> al precio de S/. 20.00 m<sup>2</sup>, esto es S/. 39,850.00 alcanzando, en consecuencia, la adquisición total a 5,226 m<sup>2</sup> y un importe de S/. 153,022.50.

## INFORMACIONES SOCIALES

Igualmente, manifestó el señor Zapata que para remodelar el terreno de propiedad de la Caja situado en la esquina de la Avenida Grau y San Carlos de esta Capital y donde se construirá el edificio para su Oficina Matriz, el Consejo podía considerar la conveniencia, a tenor del informe del Departamento de Ingeniería, de adquirir un área adicional de 280.98 m<sup>2</sup>, que permitiría incluso la construcción de un edificio aislado. Que como el propietario de la misma había solicitado la suma de S/. 1,000.00 por m<sup>2</sup>, pedía autorización del Consejo para ofrecerle hasta S/. 700.00 por m<sup>2</sup>.

El Consejo facultó al Director-Gerente para realizar la referida gestión.

### CARNETS PARA ASEGURADOS

El señor Zapata dió lectura a un oficio del señor Director General de Salud Pública, en el que se expresaba que el Poder Ejecutivo sugería la conveniencia, que de llevarse a cabo la implantación del carnet de identidad para los asegurados de la Caja, cuyo precio sería fijado en S/. 6.00, incluído el valor de la fotografía, lo fuera sin gravamen para los trabajadores.

El Consejo acordó postergar la resolución de este asunto.

### DONACIONES PARA ENTIDADES DE FIN SOCIAL

En la misma reunión, el Consejo acordó donar al Hogar Clínica San Juan de Dios, y al Hogar Transitorio del Niño, una suma de dinero en concepto de colaboración de la Caja para las obras de edificación de sus respectivos planteles, cuyo monto deberá ser fijado por la Gerencia.

### CALEFACCION PARA EL HOSPITAL OBRERO DE CERRO DE PASCO

En la reunión celebrada con fecha 25 de agosto de 1955, el Director-Gerente señor Zapata, informó al Consejo Directivo, que dadas las condiciones climáticas de la zona de Pasco, era preciso dotar de calefacción al plantel asistencial que se está construyendo en dicha zona, que con este propósito se había solicitado propuestas a diferentes firmas importadoras, pero que las presentadas por éstas, habían resultado excesivas y superiores a las necesidades de dicho plantel. Que en vista de ello, se había expresado a las indicadas organizaciones comerciales, que el propósito de la Institución era dotar de calefacción únicamente a los ambientes indispensables del Hospital y con un standard más económico, y que acorde con esta directiva, la firma Martinto había presentado una cotización más reducida que contempla la dotación de aparatos de calefacción individual, permitiendo interrumpir el servicio de cada uno cuando no sea utilizado.

El Consejo acordó solicitar previamente, se precisase el monto de la instalación de estos servicios con tubería de cobre en lugar de acero negro como estaba considerado en la propuesta, y que en caso de que la misma fuese muy elevada, aceptar la cotización, condicionándola a que

## INFORMACIONES SOCIALES

la casa americana vendedora expidiese una garantía acerca de la nobleza del material a emplearse.

### SUBVENCION A UN FUNCIONARIO DEL INSTITUTO NICARAGUENSE DE SEGURIDAD SOCIAL

En la reunión anteriormente citada, el señor Director-Generente dió lectura a una comunicación recibida del Ministro de Trabajo de Nicaragua, doctor Ramiro Sacasa Guerrero, solicitando que la Caja otorgase facilidades al doctor Antonio Tijerino Medrano, Jefe del Departamento de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo de Nicaragua, para que estudie el funcionamiento administrativo de la Caja durante un periodo de cuatro meses.

El Concejo acordó acoger favorablemente la petición concediendo al doctor Tijerino en concepto de gastos de estada en la ciudad de Lima, la cantidad de S/. 1,500.00 mensuales por el término de cuatro meses.

### VIAJE DEL SUPERINTENDENTE GENERAL DE HOSPITALES DE LA CAJA

En su reunión de 25 de agosto último, el Consejo Directivo de la Caja, acordó conceder licencia al doctor Guillermo Almenara, Superintendente General de Hospitales de la Institución, para que concurriera a la Reunión Anual de la Asociación Americana de Hospitales que se celebrará en Atlantic City en el curso del presente mes de setiembre.

### INSTALACIONES ELECTRICAS PARA LOS HOSPITALES DE HUARIACA Y CERRO DE PASCO

El Consejo Directivo, en su sesión anteriormente citada acordó la colocación de los siguientes pedidos para el Hospital Obrero de Huariaca a las firmas que se detallan:

**A la International Machinery Company.**—Materiales para la línea de transmisión de la Central de Chaprín (Compañía Minera Atacocha) al Nosocomio por valor de S/. 73,280.56 (\$ 3,451.75).

**A la Factoría Cánepa-Tabini S. A.**—Equipo para la Subestación que comprende dos transformadores de 100 Kw. cada uno; tablero general y ferretería de material eléctrico por un monto de S/. 112,087.00.

**A Elecsa S. A.**—Seis tableros interiores de distribución, por S/. 12,042.00.

En cuanto al Hospital y Policlínico de Cerro de Pasco, se han colocado pedidos a las firmas que se reseñan:

**Factoría Cánepa-Tabini S. A.**—Equipo completo para la Subestación que comprende: dos transformadores de 75 Kw. cada uno, tablero general, ferretería y material eléctrico por S/. 91,641.00.

**Elecsa S. A.**—Nueve tableros interiores de distribución por un monto de S/. 19,764.00.

## INFORMACIONES SOCIALES

## PRESTAMOS OTORGADOS POR EL FONDO DE EMPLEADOS

La siguiente es la relación de servidores de la Caja Nacional de Seguro Social, que han obtenido préstamos para la construcción, ampliación, reconstrucción o compra de viviendas destinadas a casa-habitación:

## Sesión de 27 de Setiembre de 1955

Srta. Rosa Napurí Gamones . . . . .	S/.	54,691.86
Dr. Alfonso Arce Ramos . . . . .	,,	81,923.37
Sr. Braulio E. Panta . . . . .	,,	41,000.00
Dr. Luis Angel Cubillas . . . . .	,,	31,000.00
Dr. Enrique Pardón García . . . . .	,,	50,804.34
Sra. Isidora Mena Juárez . . . . .	,,	29,270.23
Srta. Elena Monteblando Ascona . . . . .	,,	25,400.82
Dr. Enrique A. Gaviria . . . . .	,,	114,418.12
Dr. Luis Piccone Mejía . . . . .	,,	150,000.00
Sr. Miguel Villota Peceros . . . . .	,,	29,000.00
Sra. Julia Irigoyen Zapata . . . . .	,,	43,302.06
Sr. Víctor M. Rivera Burga . . . . .	,,	67,049.02
Sr. José Rosas Lanoire . . . . .	,,	37,000.00
Sr. Félix Romero Marcos . . . . .	,,	22,299.03

## Ampliaciones

Sr. Alejandro Barrientos Guerrero . . . . .	S/.	4,992.72
Sr. Jacinto Ramírez Sicca . . . . .	,,	4,784.76
Sr. Guillermo Yturri L. V. . . . .	,,	13,134.11
Sr. Toribio Alarco Paiva . . . . .	,,	7,761.77
Sr. Agustín Huamán Huertas . . . . .	,,	3,493.30
Dr. Carlos Bustamante . . . . .	,,	10,287.23
Sr. Carlos Lara Amat . . . . .	,,	6,553.04
Dr. Oscar Guillén Cárdenas . . . . .	,,	10,410.38

 MOVIMIENTO DE ASEGURADOS ENTRE LOS MESES DE  
ENERO A AGOSTO DE 1955

Proporcionado por el Departamento de Afiliados de la Oficina Matriz, insertamos a continuación un cuadro referente al movimiento de afiliados en los cuatro primeros meses del año en curso. Del mismo se desprende que en dicho período se han producido 38,961 nuevas inscripciones y canjeado 310,938 libretas del año anterior por las correspondientes a 1955.

Asimismo, se han entregado libretas del año en curso a 11,069 asegurados que al reingresar al trabajo, se presentaron directamente a nuestras oficinas en demanda de este documento. Se han afiliado en el seguro facultativo a 14 domésticos del servicio particular y reinscrito a 58 inválidos recuperados.

El monto total de asegurados activos afectos a la acción del sistema, asciende a 360,968.

**MOVIMIENTO DE ASEGURADOS DURANTE LOS MESES ENERO — AGOSTO DE 1955**

Zona	Nuevas inscripciones	Canje	Reingresos	Facultativos domésticos	Inválidos reinscritos	Asegurados activos
Lima .. .. .	18,303	150,790	6,876	14	58	176,041
Piura .. .. .	917	7,304	316			8,437
Chiclayo .. .. .	3,552	27,313	513			31,378
Chocope .. .. .	1,063	14,537	157			15,762
Trujillo .. .. .	1,099	7,703	192			8,994
Chancay .. .. .	3,232	22,387	931			26,550
Yauli .. .. .	3,329	13,063	267			16,659
Cañete .. .. .	1,190	11,913	263			13,366
Callao .. .. .	1,307	13,520	517			14,344
Chincha .. .. .	964	8,804	253			10,021
Ica .. .. .	1,353	12,860	285			14,498
Pisco .. .. .	575	5,943	225			6,743
Arequipa .. .. .	2,072	14,801	374			17,257
<b>Totales: .. .. .</b>	<b>38,961</b>	<b>310,938</b>	<b>11,069</b>	<b>14</b>	<b>58</b>	<b>360,968</b>

# Información Nacional

## PRIMER CONGRESO DE ECONOMIA NACIONAL

Conforme anunciáramos en nuestro número anterior, se celebrará, en la segunda quincena de diciembre, en Lima el certamen del rubro. Es de anotar que no será un “Congreso Nacional de Economía”. Lo será de “Economía Nacional”. Según este significativo matiz que es posible apreciar en la denominación oficial dada, tal Congreso deliberará sobre la mutua y armoniosa relación que debe existir entre el sistema económico imperante en el país, y las exigencias de la nación peruana, viniendo a constituir pues, un Congreso de Economía Aplicada, al caso concreto y específico del Perú.

De acuerdo con el Reglamento elaborado, sus fines serán cuatro: tres de directo carácter económico-nacional y un cuarto de especial interés académico, o pedagógico y profesional.

Los objetivos indicados, en síntesis, serán los siguientes:

1.—Estudiar el carácter de la interdependencia de los factores económicos en el país.

2.—Estudiar las proyecciones favorables o desfavorables de la intervención del Estado en esa interdependencia de factores con miras a un óptimo rendimiento.

3.—Formular planes o sugerencias para la mejor organización y desarrollo de la economía pública y privada del país; y

4.—Formular proyectos para la mejor organización y desarrollo de la docencia en materias económicas y la profesionalización de los egresados y graduados de las Facultades de Ciencias Económicas y Comerciales del Perú.

El Temario confeccionado para el desarrollo del Congreso, está dividido en cuatro secciones, cada una de las cuales comprende diversos temas vinculados con los cuatro objetivos básicos del Congreso.

Publicamos a continuación la nómina de las personas que integran el Comité Directivo que conforman la Comisión Organizadora.

**P. csidente:** doctor Erasmo Roca, Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Comerciales.

**Secretario:** doctor Alejandro Seminario B., Secretario de la Facultad de Ciencias Económicas y Comerciales y doctor Herless Buzzio Zamora.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Pro-Secretario:** Ingeniero Carlos Derteano U., y señor Gerardo Ramos E.

**Tesorero:** señor Jesús A. Matos.

**Vocales:** Ingeniero Germán de la Fuente Herrera, doctor Eloy Cabrera Charún; ingeniero Pedro Roselló, señor Manuel Ferreyros Bustos, ingeniero Manuel Valega Sayán y señor Carlos D'Ugard.

### GASTOS DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA DE LIMA, EN HOSPITALES EN EL AÑO 1954

Durante el año 1954, la Beneficencia Pública de Lima, ha invertido más de 24 millones de soles en la compra de alimentos, materiales diversos y medicinas para atender a las necesidades de los distintos centros asistenciales que tiene a su cargo en Lima, Magdalena del Mar y Jauja.

Este monto resulta aumentado en cinco millones en relación con el año 1953, en que sólo se invirtió 19 millones, y es debido al mejoramiento de los servicios asistenciales en los siguientes hospitales: Dos de Mayo, Arzobispo Loayza, Maternidad de Lima, Santo Toribio de Mogrovejo, Víctor Larco Herrera, Sanatorio Olavegoya de Jauja, Asilo de San Vicente de Paúl y Puericultorio Pérez Aranibar.

Cabe resaltar que únicamente en alimentos se ha gastado en 1954, más de catorce millones de soles, de los cuales, corresponde al Hospital Dos de Mayo, soles 2'200,000; Arzobispo Loayza, soles 2'400,000; Maternidad soles 1'500,000; Santo Toribio, soles 470,000; Víctor Larco Herrera, soles 3'100,000; Sanatorio Olavegoya, soles 1'400,000; Asilo San Vicente de Paúl, soles 400,000 y Puericultorio Pérez Aranibar, soles 2'140,000.

En cuanto a medicinas, la Beneficencia de Lima cubrió también una suma mayor que en 1953, pues mientras que en este año los gastos significaron un desembolso de soles 4'232,086, durante 1954 el egreso alcanzó a soles 5'479,700.00.

Debe hacerse presente que del total de medicinas adquiridas por la Beneficencia, más de cuatro millones de soles corresponde a productos de fabricación extranjera y aproximadamente soles 1'500,000 a productos nacionales. Además, ha preparado en sus propios laboratorios inyectables por un monto de soles 300,000.

Por último, en materiales, instrumental y equipos destinados al mejoramiento de los servicios de sus nosocomios, invirtió más de cinco millones de soles que se distribuyen así: Hospital Dos de Mayo, soles 762,000.00; Arzobispo Loayza, soles 1'233,000.00; Maternidad de Lima, soles 582,000.00; Santo Toribio de Mogrovejo, soles 130,000.00; Víctor Larco Herrera, soles 1'594,000.00; Sanatorio Olavegoya de Jauja, soles 310,000.00; Asilo San Vicente de Paúl, soles 112,000.00, y Puericultorio Pérez Aranibar, soles 626,000.00.

### LABOR DEL CENTRO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL RIMAC

Esta importante Institución, que actúa dentro de la estructura administrativa del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública,

## INFORMACIONES SOCIALES

fué creado con el fin de suministrar servicios de salud pública y medicina preventiva a los habitantes de una de las zonas más densamente pobladas de la ciudad de Lima.

La acción se irradia a una población de 90,000 personas aproximadamente; funciona este Centro, además, como campo de demostración de servicios modernos de salud pública aplicados a zonas urbanas de bajo nivel económico y constituye el único centro de entrenamiento en el país de personal de Salud Pública, que incluye médicos, enfermeras, ingenieros e inspectores sanitarios.

Iniciadas sus actividades el 19 de diciembre de 1945, actualmente cuenta con los siguientes servicios: Higiene Infantil y Pre-Escolar, Higiene Materna, Higiene Dental, Laboratorio, Venereología, Tuberculosis, Higiene Escolar, Ingeniería Sanitaria, Educación Sanitaria, Nutrición y Estadística.

Las siguientes cifras que a continuación se insertan, son hechos demostrativos de la eficiente e importante labor que este organismo realiza dentro de la Salud Pública Peruana.

**Higiene Materna.** — Las actividades de este rubro se extienden al domicilio de la gestante y a charlas demostrativas colectivas en instituciones y clubes de madres. Entre los años 1947 a 1954 se ha registrado 9,914 gestantes, quienes recibieron 32,235 consultas médicas.

**Higiene Infantil y Pre-Escolar.** — El cuidado y supervisión del niño sano, y la educación e información en salud infantil, son las fases de este Servicio, que en el período 1947-1954 consigna 10,145 casos nuevos inscritos y 41,513 consultas médicas; lo que representa un promedio anual de 1,268 inscritos para control y 4.1 consultas para niños.

**Higiene Escolar.** — Se ha realizado desde 1946 a 1954, 9,322 exámenes médicos, 885 visitas a escuelas, 21,507 aplicaciones de vacuna anti-variológica; 5,650 antidiftérica y 6,883 vacunaciones con B. C. G.

**Higiene Dental.** — Su finalidad esencial está encaminada a mantener y promover la salud dental. La estadística de los trabajos efectuados en el lapso 1946-1954, consigna 14,112 inscripciones y 49,077 consultas dentales.

**Tuberculosis.** — Durante el período 1946-1954, el Centro ha examinado un promedio anual de 14,610 personas, proporcionando 28,976 atenciones. El número total de casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en los nueve años ha sido de 5,100 de los cuales 4,735 residen en el Distrito del Rímac.

**Venereología.** — Se señala durante los años 1946-1945, 137,469 atenciones a 45,245 personas, habiéndose diagnosticado 7,309 casos de infección venérea, los mismos que han recibido adecuado tratamiento.

**Laboratorio.** — Sus objetivos consisten en auxiliar a los distintos servicios del Centro en el diagnóstico, tratamiento y control de casos. Entre 1946-1954 ha efectuado 208,516 exámenes.

**Ingeniería y Educación Sanitaria.** — Estas dos importantes ramas de la Salud Pública coadyuvan al planeamiento de los programas sanitarios del Centro. Comprenden visitas a establecimientos industriales y públicos, escuelas, viviendas, charlas, seminarios, preparación de enferme-

## INFORMACIONES SOCIALES

ras de Salud Pública, e Inspectores Sanitarios, entrenamiento de personal, etc.

### NUEVO CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION

Un nuevo modelo de certificado médico de defunción denominado “Modelo Internacional de Certificado Médico de Causa de Defunción”, acaba de ser implantado en el Departamento de La Libertad, cuya Unidad Sanitaria administra el Servicio Cooperativo Inter-Americano de Salud Pública (SCISP).

Este documento formulado por la Organización Mundial de la Salud es distribuido por el SCISP y ya se está usando en las ciudades de Iquitos, Chiclayo, Tacna, Huacho, Cusco, Tingo María y Chimbote, así como en todo el Departamento de Ica.

El contenido y propósito del Formulario en referencia se concretan en la uniformidad de su concepción técnica, administrativa y científica que permite anotar los datos sobre una ficha patrón en cualquier lugar del país y ser objeto de fácil elaboración estadística.

Esta tarca que será centralizada después en el Departamento de Bio-Estadística del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, permitirá un mejor estudio técnico, comparaciones y totalizaciones —sean de índole local o internacional—, aplicables a la Medicina Preventiva, al control de epidemias, endemias o pandemias y a la realización de campañas de salud pública o labores de demografía en general.

Cabe señalar que el Modelo Internacional de Certificado Médico de Defunción, contiene formulaciones básicas para establecer claramente la condición o condiciones patológicas antecedentes, si es que hubo alguna, en el origen de la denominada “Causa Básica” de cada caso.

### CENSO EXPERIMENTAL DE LA REPUBLICA

En fecha próxima se iniciarán en el país las pruebas experimentales a las que se ajustará el Censo Nacional que el Gobierno se ha propuesto efectuar en todo el territorio nacional.

El número de censos experimentales que se realizarán, está supe-  
ditado a las consecuencias que se deduzcan de los primeros y a la labor inmediata y conjunta de la Oficina Ejecutiva del Censo Nacional y de sus oficinas filiales en diversos puntos del país, que actualmente vienen cumpliendo las labores preparatorias del Censo.

El Supremo Gobierno expedirá próximamente un Decreto, debiendo cubrir las operaciones experimentales un determinado porcentaje de la población, unidades de explotación agropecuaria, vivienda, etc.

El análisis del proceso de preparación y ejecución de los censos experimentales, así como el de sus resultados estadísticos, permitirá adoptar la medidas necesarias para perfeccionar los cuestionarios y procedimiento censales, adoptándolos mejor a las condiciones sociales y culturales que imperan regionalmente.

Cabe también mencionar que ya han sido instaladas las respectivas Comisiones en las diversas circunscripciones en que está dividido el país, debiendo seleccionarse la documentación y procedimientos que se

## INFORMACIONES SOCIALES

utilizarán en el Censo Nacional por los organismos técnicos de la Oficina Ejecutiva del Censo.

### INAUGURACION DEL CENTRO VACACIONAL HUAMPANI

Con asistencia del señor Presidente Constitucional de la República, General Manuel A. Odría, el día 24 de julio fué inaugurado el Centro Climático Vacacional de Huampaní, construido por la Corporación Nacional de la Vivienda.

Esta obra, la primera en su género que se realiza en el Perú, se levanta sobre una área total de 200,000 metros cuadrados y está ubicada frente al Distrito de Chaclacayo, hacia la margen izquierda del río Rimac, a sólo 38 kilómetros de la Gran Lima.

El área edificada alcanza 29,000 metros cuadrados con 59 bungalows unifamiliares de tres dormitorios cada; 32 departamentos, de dos dormitorios; y 192 departamentos bipersonales; su capacidad total es de 866 personas.

Posee diversos servicios generales como: Cafetería, Jardín de la Infancia, Posta Sanitaria, Capilla, Bazares, Edificio Recreacional, Piscina, Zona deportiva, Laguna artificial y juegos diversos.

Este centro Vacacional ha sido construido por la Corporación Nacional de la Vivienda, con la finalidad específica de servir como lugar de descanso para todos los empleados de la capital; la escasez de lugares de esparcimiento en los alrededores de Lima y la facilidad de las rápidas comunicación (tren, ómnibus, taxis), acentúan la importancia de este Centro, excelente obra de bienestar social.

### PROXIMA INAUGURACION DEL INSTITUTO DE BIOQUIMICA Y NUTRICION

Se construye actualmente en Lima en los terrenos centrales de la Facultad de Medicina, el edificio del Instituto de Bioquímica y Nutrición.

Esta importante obra cuyo costo se calcula en más de tres millones de soles, se prevé que estará terminada en el mes de octubre del año en curso.

Constará de dos pisos y sótano, contando con dos auditorios para doscientas personas cada uno, así como secciones para la docencia, seminarios e investigación, las mismas que estarán dotadas de las más modernas instalaciones.

El instrumental requerido que tiene un costo de 100,000 dólares ha sido ofrecido por la Fundación Kellog, y será entregado sucesivamente en un plazo de tres años. Asimismo correrá a cargo de la entidad mencionada, el abono de los honorarios de dos profesores a tiempo completo. Además de la enseñanza del curso básico de Bioquímica y Nutrición, el Instituto cumplirá un importante papel, en orden al desarrollo de un programa de entrenamiento para post-graduados y de investigación, preferentemente de temas nacionales, invitándose a profesores de verdadero renombre.

La UNESCO, por su parte, considerando la importancia que está llamado a alcanzar este centro científico de la Facultad de Medicina, ha

## INFORMACIONES SOCIALES

acordado enviar becarios de los principales países sudamericanos para que realicen estudios de perfeccionamiento.

### PROXIMA INAUGURACION DE COMEDORES PARA ESTUDIANTES Y EMPLEADOS

Próximamente comenzarán a prestar sus servicios los nuevos comedores de Empleados y Estudiantes que con capacidad para ocho mil personas se vienen construyendo en locales contiguos, ubicados en la esquina de las calles Zamudio y Alma de Gaspar, de esta Capital.

La obra, que se encuentra en avanzada etapa de construcción, estará provista de las más modernas instalaciones, encontrándose los trabajos a cargo de los Ingenieros del Departamento de Arquitectura y Construcción de la Dirección General de Asistencia Social y Hospitalaria.

El edificio constará de dos plantas y su costo, que se calcula en un millón de soles, será cubierto por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En la planta baja, se ubicarán los comedores de estudiantes y de empleados, mientras que las plantas superiores estarán destinadas a las oficinas administrativas.

El servicio a emplearse en este nuevo establecimiento será el de auto-atención, es decir, que no se utilizarán mozos, sino que los mismos comensales se servirán, utilizando bandejas apropiadas.

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN EL PAÍS

Según la información de la División correspondiente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la mortalidad por Tuberculosis, referida al período 1943-53, en la mayor parte del país y en todas sus formas acusa un apreciable descenso desde el año primeramente mencionado, que es más pronunciado a partir de 1948, como consecuencia de una política de integral defensa biológica de la población, aparejada al mejoramiento general de las condiciones de vida de la misma.

Así se nota, que la tasa de mortalidad por cada 100,000 habitantes, ha bajado en Tacna de 1,100 el año 1943, a un poco más de 400 en 1953; en Cañete de 600 a 200; en Ica de 500 a 200; en el Callao de 500 a menos de 200; en Mollendo de 560 aproximadamente a 200; en Huacho de 580 a 200; en Trujillo de 400 a 200; en Lima de cerca de 400 a 100; en Chiclayo de 400 a 200; en Jauja de 700 a 200; en Pisco de cerca de 400 a 200; en Chíncha Alta de 400 a menos de 200; en Moquegua de 400 a 200; en Tumbes de aproximadamente 220 a 150; en Piura de cerca de 220 a 190 aproximadamente; en Talara y Chimbote de 200 a 180; Arequipa 500 a 200; Huancayo de 350 a 200; Puno de 380 a 220; Cerro de Pasco de 200 a 180; Cajamarca de 220 a 180; Huánuco de 200 a 180; Iquitos de 200 a 180; Chachapoyas de 380 a 180 y Puerto Maldonado de 200 a 170. En Suilana y Ayabaca la tasa ha descendido en muy pequeña escala, habiendo aumentado muy ligeramente en Cusco y Abancay, y en forma más apreciable en Huaraz y Huancavelica, en las que se puede decir ha habido aumento de la tasa de mortalidad por tuberculosis.

## INFORMACIONES SOCIALES

El casi uniforme decrecimiento del índice de mortalidad en el país, obedece a la orientación dada por los organismos responsables del Gobierno, a la lucha contra este terrible flagelo, la misma que abarca los campos de la prevención, de la asistencia y de la acción social, estando la labor preventiva en el país a cargo de los Centros de Medicina Preventiva, las Unidades Móviles y Fotoradiológicas y los Dispensarios Antituberculosos.

Muestra de la labor desarrollada y los progresos alcanzados en este campo en el país da idea las cifras siguientes: en 1948, el total de vacunados con B. C. G., fué de 30,000; y en 1954, de 60,000. En el mismo período se han construido y puesto en funcionamiento diez nuevos dispensarios antituberculosos en Lima, Piura, Ica, Huacho, Taena, Tingo María e Iquitos. Se han establecido once nuevos centros de vacunación; los equipos foto-radiológicos móviles han sido incrementados en tres unidades; el número de camas para la atención de los enfermos aumentará al finalizar el presente año en 2,350 más, o sea, que se dispondrá de un total de 3,758 casi el triple de las que habían en 1948.

Paralelamente, han sido mejoradas las condiciones de vivienda y de alimentación del pueblo, habiéndose duplicado en este lapso, el consumo de alimentos per-cápita.

### PLAN DE VIVIENDA RURAL EN EL CUSCO

Ampliando sus actividades en beneficio de la población rural, la Junta de Reconstrucción y Fomento Industrial del Cusco, ha puesto en marcha un plan de construcción de viviendas de tipo económico, cómodas e higiénicas para los pequeños agricultores. Las diez primeras de estas casas están siendo levantadas cooperativamente por los comuneros indígenas de Chincheros que, al presente, destácase como una de las comunidades mejor organizadas y progresistas, en gran parte debido al desarrollo en ella de un bien estudiado programa de crédito supervisado o dirigido, merced al cual se está levantando el standard de vida —tanto en lo económico como en lo social y cultural— de esa colectividad.

Cada una de estas viviendas que se construyen al reducido costo de soles 3,500, contará con dos amplios dormitorios, cocina, un hall techado y depósito para trigo, cebada, etc., y para instrumentos de labranza.

Teniendo en cuenta las características de la región, los techos de estas casas son de tejas y se entregan con pisos de tierra apisonada, listos para recibir maderamen y con servicios higiénicos. Debe recalarse, que el bajo costo se ha conseguido utilizando los materiales de construcción propios del lugar y en particular la madera que abunda en la región, eliminando las ventanillas mediante un sistema especial de techos a desnivel que, por su adecuada orientación, permiten que las habitaciones tengan iluminación solar y aereación suficiente y al mismo tiempo, aprovechando la mano de obra de los mismos interesados, a quienes la Junta da gratuitamente la necesaria dirección técnica.

En lo que se refiere al aspecto de financiación de este importante programa, destinado a constituir una efectiva mejora en las condiciones de vida y salud del campesinado indígena, la Junta de Reconstrucción y

## INFORMACIONES SOCIALES

Fomento Industrial del Cusco, ha propuesto al Banco Agropecuario del Perú, la adopción de un régimen especial de préstamos para los comuneros: cada familia recibirá los tres mil quinientos soles en que han sido presupuestadas las casas para invertirlos exclusivamente en su edificación.

Los préstamos se harían por el período de cinco años, debiendo efectuarse amortizaciones de setecientos soles anuales, que no afectaría mayormente el presupuesto de los beneficiarios, toda vez que mediante la acción del "crédito supervisado" los niveles de producción de los comuneros acusan notables ascensos, que les permite obtener ingresos que superan en forma apreciable a los que anteriormente obtenían.

En base a la experiencia que se obtenga en la ejecución del programa expuesto, será también aplicado a otras regiones del país. Cuéntase para tal fin con la creación por el Gobierno de la Comisión encargada de proponer al Estado las medidas requeridas para el mejoramiento de la vivienda campesina, Comisión que está ya instalada y en funciones la que debe constituir un aporte valioso para el cumplimiento de su objetivo, el programa puesto en marcha por la Junta de Reconstrucción y Fomento del Cusco.

### SEMINARIO INTERAMERICANO DE ADMINISTRACION DE HOSPITALES

El día 8 de julio se realizó en Lima, el certamen del rubro bajo los auspicios de la Asociación Interamericana y la Asociación Americana de Hospitales, y con la cooperación de la Administración de Operaciones en el Exterior del Gobierno de los Estados Unidos que para este fin facilitó un valioso aporte.

Esta reunión constituye parte de un nuevo ciclo de cooperación con el que inicia sus trabajos para el presente año la Oficina Latinoamericana de la Asociación Americana de Hospitales.

Los propósitos esenciales a los que se orientan estos planes son los siguientes:

- 1º Estimular los esfuerzos encaminados a crear asociaciones de hospitales en cada uno de los países abarcados en el área Latinoamericana.
- 2º Organizar Seminarios e institutos educacionales a fin de estudiar y analizar los más recientes conceptos y métodos en el campo de la dirección y administración hospitalaria.
- 3º Estudiar las posibilidades del reconocimiento de los hospitales de América Latina con arreglo a los requerimientos establecidos hoy en los Estados Unidos.
- 4º Seleccionar obras especializadas, manuales técnicos y publicaciones oficiales de instituciones dedicadas a estos temas, a fin de distribuirlas en América Latina.
- 5º Establecer un recíproco contrato con representantes en Latino - América en los campos de la salud pública y administración hospitalaria, a fin de indagar las necesidades existentes y propender a su solución.

## INFORMACIONES SOCIALES

En definitiva, el fin ulterior de estos propósitos es el de levantar el nivel de atención del paciente, a quien se proveerá de mejores cuidados a través de un eficiente cuerpo médico, personal auxiliar y adecuadas facilidades de diagnóstico y tratamiento. De esta manera será posible reducir el promedio de estancias hospitalarias, los riesgos de complicaciones, rodeándose al cuerpo médico de un mejor ambiente profesional y científico, mediante la adecuada disponibilidad de recursos técnicos y personal auxiliar, con lo que podrá lograrse el cumplimiento de los fines de un hospital moderno en los aspectos científico y social.

Para el mejor resultado de los futuros programas se contó con la asistencia de importantes organismos con amplia experiencia en América Latina, como son la Kellogg Foundation, The Johns Hopkins University, American College of Surgeons y Pan-American Sanitary Bureau.

Colaboraron también en la realización de este Seminario, las organizaciones peruanas que se reseñan: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, Academia Nacional de Medicina, Academia Peruana de Cirugía, Caja Nacional de Seguro Social, Seguro Social del Empleado, Direcciones Generales de Sanidad Militar, Naval, de Aeronáutica y Policía, Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, Beneficencia Pública del Callao y Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social.

Participaron también activamente los profesores norteamericanos doctor Edwin L. Crosby, Director de la Asociación Americana de Hospitales; doctor Robin C. Buerki, Director del Hospital Henry Ford; señor Ray Brown, Presidente Electo de la Asociación Americana de Hospitales y Director de la Universidad de Clínicas de Chicago; señorita Ruth Slepeer, Directora de los Servicios de Enfermería del Hospital General de Massachusetts; señores Beenet Williamson; Dean Conley, Director Ejecutivo del Colegio Americano de Hospitales, Rvdo. P. John Flanagan, Director Ejecutivo de la Asociación de Hospitales Católicos de Estados Unidos y Canadá, y el doctor José Gonzáles, Director del Programa para Latinoamérica, así como también destacados científicos y profesionales peruanos.

La ceremonia inaugural tuvo lugar en el Hospital Obrero de Lima, iniciándose con la invocación del Seminario que estuvo a cargo de Monseñor Juan Landázuri Ricketts, Arzobispo de Lima y acto seguido el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, declaró inaugurado el Seminario en adecuadas y significativas frases.

A continuación comenzó la primera sesión del Seminario, con la lectura y traducción de las ponencias que presentaron: **El Dr. Edwin L. Crosby** quien se refirió a las "Funciones de un Hospital", subrayando los diversos métodos que deben cumplirse para que un establecimiento de este tipo cumpla las funciones elementales y esenciales que la sociedad reclama de él.

**El Dr. Ray Brown** quien al ocuparse de "Los elementos básicos de organización y administración de hospitales", estableció importantes clasificaciones y sugirió la creación de una adecuada jerarquía en el personal hospitalario.

## INFORMACIONES SOCIALES

La Srta. Ruth Sleeper quien trató el tema “Organización y funciones del Servicio de Enfermería”, señalando las funciones de la Enfermera y su organización.

El Dr. Robin C. Buerki que se refirió a la “Organización del Campo Médico”.

El mismo día 8 en la tarde, se realizó la segunda sesión en la que ocuparon la tribuna, los doctores Guillermo Almenara I., Edwin L. Crosby y José González para tratar de la “Implantación de normas en la atención médica”, tema al que, al referirse el doctor Guillermo Almenara, dió cuenta de la evolución histórica de los hospitales en el Perú, hasta los modernos departamentos creados en favor de una mejor atención médica en el país, exponiendo además importantes datos estadísticos referentes a los hospitales obreros de los que es Superintendente General.

Terminaron las actuaciones de ese día con un forum con intervención de profesionales norteamericanos y peruanos, para discutir temas de implantación de normas en hospitales.

El día 9 terminó sus labores el II Seminario de Administración de Hospitales, habiéndose abordado las sesiones de mañana y tarde los temas: “Funciones educativas en el Hospital” y “Funciones de Investigación en el Hospital” con respecto a los cuales se presentaron y discutieron las siguientes ponencias:

- 1ª Educación de Médicos, por los doctores Edwin L. Crosby y Robin C. Buerki;
- 2ª Educación de Enfermeras, por la señorita Ruth Sleeper.
- 3ª Educación para grupos de médicos, por el P. John Flanagan.
- 4ª Educación del paciente, por el señor Dean Conley.
- 5ª Funciones de investigación en el Hospital, por los doctores Alberto Hurtado, Ray Brown y Kenneth Williamson, finalizando el doctor Guillermo Almenara Irigoyen, haciendo un resumen de las labores del Seminario, reafirmando asimismo la importancia de establecer normas administrativas que facilitan el mejor desempeño de los hospitales, puntualizando en estas instituciones ya habían dejado de ser meros centros de curación de enfermos para convertirse en elementos básicos de salud pública.

Es interesante remarcar que en este certamen que alcanzó un cumplido éxito, participaron 366 delegados médicos inscritos entre nacionales y extranjeros.

## SANATORIO-ESCUELA PARA NIÑOS TUBERCULOSOS

Funciona en el distrito de Surquillo de esta Capital, un Sanatorio-Escuela que es el primero en su género establecido en el país, y donde los niños escolares tuberculosos reciben tratamiento a su dolencia, continuando al mismo tiempo el proceso de su educación escolar.

Esta institución se halla controlada y dirigida en sus respectivas esferas, por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (Departamento de Nutrición), el Ministerio de Educación y la Central de Asistencia Social.

## INFORMACIONES SOCIALES

Un personal docente integrado por un Director y dos normalistas, y el Departamento de Asistencia Social con su médico propio, conforman la estructura del Sanatorio-Escuela, que tiene en la actualidad una capacidad para más de 100 niños que reciben instrucción en los grados de Transición, Primer y Segundo año de Primaria.

El alumnado proviene de los Colegios de Miraflores, Barranco, Chorrillos, Surquillo y Surco, siendo la escuela de carácter mixto.

La edad de los escolares enfermos oscila entre los 6 y 10 años y son recibidos como medio internos.

Es de advertir que ninguno de estos niños son enfermos contagiosos, pues la Escuela admite a sólo infantes portadores de lesiones primarias y lesiones mínimas de reinfección.

Los niños reciben en este plantel una alimentación adecuada y un tratamiento médico a base de isoniacida y estreptomycin, además de un reposo diario de 5 horas. En sus recreos, sólo retozan en juegos de mesa, recibiendo del personal correspondiente la educación respectiva.

Una vez que los niños han recuperado la salud, son reintegrados a sus respectivas escuelas, siendo controlados periódicamente. También, y durante el tratamiento, los familiares son controlados mediante pruebas de tuberculina y la vacuna B. C. G.

La eficiencia de la institución, queda demostrada por el hecho de que los 115 niños que en los primeros momentos ocuparon el Colegio inaugurado en abril del año pasado, se han reintegrado hasta la fecha, 88 a sus escuelas de origen.

### CONSTRUCCION DE CASAS PARA EMPLEADOS PARTICULARES

Como es sabido la Corporación Nacional de la Vivienda, otorgó recientemente a la Asociación de Empleados del Perú, merced a las gestiones realizadas por esta Institución, un terreno en la Urbanización Balconcillo de esta Capital, para la construcción de viviendas propias para sus asociados.

En el indicado terreno, que fuera concedido a precio de costo y con facilidades de pago, se levantarán próximamente 45 chalets de 2 pisos, con garage, jardín y otras comodidades, cuya construcción será financiada por el Banco Hipotecario, que contará también con la colaboración de la Corporación Nacional de la Vivienda.

Los empleados que pasarán a ser propietarios pagarán el importe de los chalets con el producto de sus indemnizaciones y con un porcentaje de su haber mensual que no exceda del 30 %.

Para este fin la Asociación hizo inscribir hace algún tiempo a sus socios, de acuerdo con las posibilidades económicas de cada uno, a cuyo objeto se tuvo en cuenta sus años de servicios, las indemnizaciones que les correspondería y sus haberes mensuales, datos con los que inició las gestiones ante la Corporación Nacional de la Vivienda obteniendo el resultado enunciado.

En la actualidad se realizan los trámites para lotizar el terreno y adjudicar los lotes a los empleados inscritos, debiéndose iniciar las construcciones en breve plazo.

## INFORMACIONES SOCIALES

Igualmente la Asociación tiene el propósito de hacer nuevas gestiones para obtener nuevos terrenos destinados a empleados de modestas condiciones económicas.

Colabora así la Asociación de Empleados del Perú, en la política del Supremo Gobierno, orientada a que las clases menos favorecidas de la nacionalidad puedan adquirir su vivienda propia.

### OBRAS AMPLIATORIAS EN LA UNIDAD VECINAL “LA PERLA”

Se encuentra en avanzada etapa de construcción las obras de ampliación de la Unidad Vecinal “La Perla”, situada en la Provincial Constitucional del Callao.

La ampliación proyectada está destinada a brindar alojamiento a más de 700 personas. Comprende la construcción —ya en marcha— de 128 casas de tipo económico, agrupadas en cuatro bloques de dos pisos, con 2 y 3 dormitorios cada uno. Dichas viviendas contarán también como las anteriores otorgadas a las familias de las barracas “Grau”, con instalaciones de modernos sistemas de alumbrado, agua potable y grandes áreas verdes. Los trabajos de construcción a cargo de la Junta de Obras Públicas, se encuentran terminados en más de un 40% hallándose algunas casas ocupadas en la fecha por familias que han dejado sus incómodas viviendas para trasladarse a estas modernas edificaciones.

Un elevado porcentaje de esas casas, será entregado a las familias restantes de las barracas “Grau” y “La Estrella”. El resto se adjudicará a familias de más urgente necesidad, previa comprobación por intermedio del Departamento de Asistencia Social de la Junta de Obras Públicas, que es el encargado de constatar las condiciones de vida de las personas que solicitan viviendas.

El proceso de construcción se realiza en forma acelerada, empleándose diariamente más de 200 obreros calculándose la inversión total de esta ampliación en cerca de 4 millones de soles.

### MAYORES APORTES PARA LA CAJA DE BENEFICIOS SOCIALES A LOS SERVIDORES DE LA COMPAÑIA DE TRANVIAS

Con fecha 31 de agosto último el Gobierno ha dictado una Resolución Suprema que dispone que la Compañía Nacional de Tranvías S. A. se encuentra obligada a duplicar sus aportes a la Caja de Beneficios Sociales de sus servidores a cuyo fin previamente se habrá autorizado una alza de 10 centavos en los pasajes de tranvías.

De esta manera, el Supremo Gobierno, consecuente con su política social, acaba de asegurar a los trabajadores en tranvías y anexos, una mayor solvencia económica de su Caja de Beneficios Sociales, que de acuerdo con sus normas constitutivas debe cubrir las indemnizaciones de los servidores jubilados y cesantes.

## INFORMACIONES SOCIALES

## SEMINARIO LATINOAMERICANO DE TRABAJO

Entre el 17 de octubre y el 26 de noviembre próximos, se realizará en Lima el Seminario Regional Latinoamericano sobre Servicios Administrativos del Trabajo.

El mencionado evento técnico-cultural que se efectuará bajo los auspicios de la Oficina Internacional del Trabajo, como parte del programa extensivo de asistencia técnica de las Naciones Unidas, congregará por primera vez en sesiones trabajo a funcionarios especializados de 20 países latinoamericanos y su costo que se calcula en un millón de soles, será financiado íntegramente por el organismo representativo del trabajo.

En la actualidad el Centro de Acción para América Latina está esperando la respuesta a la invitación formal enviada a todos los países americanos, incluyendo Haití, para que participen en este Seminario.

Los países invitados designarán dos delegados cada uno, escogidos entre altos funcionarios de los Ministerios del Trabajo respectivos, debiendo estar las delegaciones en nuestra capital una semana antes de la fecha fijada para la inauguración del Seminario.

Se encuentran terminando la preparación de sus respectivos cursos, el Dr. Guillermo González Rosales, Sub-Director General de Trabajo del Perú, quien se encargará del estudio de las responsabilidades generales, estructura y funcionamiento de un departamento de trabajo, tanto en el plano nacional como en el internacional y el señor Andrés A. Aboughanem, funcionario de la O. I. T. y experto en Mano de Obra del Centro de Acción de Lima, quien se ocupará del estudio de los problemas de organización de estos servicios.

Próximamente llegarán el señor J. S. Fox, funcionario también de la O. I. T., experto en inspección del trabajo, quien ha sido designado Secretario General del Seminario y que dictará un curso de su especialidad, y el doctor H. Escribar Mandiola, ex-Director General de Trabajo de Chile quien tendrá a su cargo el estudio de los problemas de relaciones de trabajo.

El programa del Seminario versará fundamentalmente sobre las principales funciones comúnmente asignadas a un departamento de trabajo y sobre la organización, labores y coordinación de los servicios necesarios para llevar a cabo esas funciones, debiéndose tratar en forma especial los problemas de orden administrativo y las cuestiones relativas a normas de trabajo y a política social general.

## INSTITUTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD

El Hogar de la Madre, importante centro establecido en el país para la asistencia de la mujer embarazada y el amparo del recién nacido, contará en breve con un instituto para la investigación y el tratamiento de la esterilidad matrimonial, gracias a las activas gestiones del directorio de la institución que preside la señora Rosalía de Lavalle de Morales Macedo.

El mencionado instituto estará a cargo del doctor Jorge Ascenzo Cabello, Secretario Nacional para el Perú de la Asociación Internacional

## INFORMACIONES SOCIALES

de la Fertilidad y reunirá todos los elementos necesarios para la solución de los diferentes casos de esterilidad conyugal que se le sometan. Con tal fin un grupo de médicos, cada uno de ellos dentro de su especialidad, aunque bajo una sola dirección técnica, orientarán sus conocimientos al tratamiento de cada uno de los problemas relacionados con la infertilidad matrimonial. Dos ginecólogos especialistas en esterilidad, un urólogo especializado en infertilidad masculina, un anatomopatólogo y un psiquiatra entrenados en el estudio de estos problemas, dirigirán el cuerpo médico del Instituto, que contará también con un laboratorio destinado a los análisis que fueren menester y poseerá como anexos indispensables una sala de cirugía y un departamento de Rayos X. Prestarán servicios igualmente en la nueva institución, un internista, un endocrinólogo y un radiólogo.

El Instituto será una filial de la Asociación Internacional de Fertilidad cuya secretaría para nuestro país ocupará una amplia oficina en el local que se habilita para el funcionamiento de la importante institución a crearse.

El Instituto tendrá como una de sus funciones específicas, la orientación del grueso público, en relación con los problemas propios de la infertilidad, a fin de prevenir este mal que constituye no solo un problema de carácter médico sino uno de innegable sentido social y nacional.

Este organismo, cuya utilidad será inmediata, está llamado a adquirir una gran importancia aun dentro del ámbito internacional, ya que nuestro país, estará representado en el II Congreso Mundial de Esterilidad Matrimonial a celebrarse el próximo año en la ciudad de Nápoles.

# Información Extranjera

## TRIGESIMA OCTAVA REUNION DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO

La Reunión del epígrafe se celebró en Ginebra, del 1º al 23 de junio de 1955 y estuvo presidida por el señor M. García Oldini, delegado gubernamental de la República de Chile.

En este certamen participaron más de 700 delegados, consejeros técnicos y observadores que vinieron de 74 países y territorios. Concurrieron también especialmente, observadores de España y del Sarré, así como de diversos territorios no metropolitanos tales como Barbada, Costa de Oro, Jamaica, Malta, Nigeria, Sierra Leona y Singapur.

La Conferencia se llevó a cabo en 31 sesiones en el curso de las cuales, se adoptaron importantes Convenios Internacionales del Trabajo y Recomendaciones.

En la sesión inaugural efectuada el 1º de junio último, el Presidente del Consejo de Administración expuso los puntos técnicos del orden del día de la Conferencia, que fueron los siguientes:

- I.—Memoria del Director General.
- II.—Cuestiones financieras y de presupuesto.
- III.—Informaciones y memorias sobre la aplicación de los convenios y recomendaciones.
- IV.—Adaptación y readaptación profesionales de los inválidos (segunda discusión).
- V.—Trabajadores migrantes (países insuficientemente desarrollados, segunda discusión).
- VI.—Sanciones penales por incumplimiento del contrato de trabajo (segunda discusión).
- VII.—Formación profesional en la agricultura (primera discusión).
- VIII.—Servicios sociales para los trabajadores (primera discusión).
  - a)—facilidades para la obtención de comodidad en la empresa o cerca de ella;
  - b)—facilidades de descanso y recreo en la empresa o cerca de ella (excluyendo las facilidades concedidas para las vacaciones);
  - c)—facilidades de transporte para ir al trabajo y regresar del mismo cuando el servicio público de transporte ordinario sea inadecuado o inconveniente..

## INFORMACIONES SOCIALES

En el curso de esta reunión, el señor Ago recordó a los delegados que la adopción de normas internacionales de trabajo, por importante que fuera, no era ni mucho menos el único medio de acción de que disponía la Organización para cumplir su mandato en el dominio social, que sus estudios e investigaciones y sus procedimientos de encuesta, se complementaban cada día más con las actividades prácticas realizadas y que el programa de asistencia técnica de las Naciones Unidas y de las instituciones especializadas, en el cual participaba extensamente la Organización Internacional del Trabajo, había permitido y permitirá un desarrollo sin precedentes de sus actividades prácticas.

Las sesiones segunda a sexta inclusive, estuvieron dedicadas a la elección de Presidente, Vicepresidentes y constitución de Comisiones del Congreso.

En las sesiones, séptima, octava, novena, décima, undécima, duodécima, décimo tercera, décimo quinta, décimo sexta, décimo séptima, décimo octava, décimo novena, vigésima, vigésima primera, vigésima tercera y vigésima sexta se discutió la Memoria del Director General de la O. I. T., señor D. A. Morse así como la respuesta de este funcionario. En el curso de las mismas, fueron tratados diversos puntos de trascendental interés para la Organización.

La sesión décimo cuarta fué consagrada al estudio del punto II del Temario, referente a "Cuestiones Financieras y de Presupuesto" habiéndose resuelto dos peticiones formuladas por China y Hungría, miembros de la Organización.

La Conferencia, en su vigésima segunda sesión, celebrada en la mañana del sábado 18 de junio, examinó el informe de la Comisión de Sanciones Penales, que había sido inscrito en el orden del día para su segunda discusión, y que se refería a la abolición de sanciones penales por incumplimiento del contrato a los trabajadores indígenas.

El informe de esta Comisión, fué presentado por la Srta. Guelfi, consejera técnica gubernamental de Francia y ponente de la Comisión. El instrumento propuesto fué un proyecto de Convenio que plantea que la autoridad competente en cada país donde existan sanciones penales por incumplimiento del contrato de trabajo, deberá adoptar medidas para abolirlas por medio de una disposición apropiada de inmediata aplicación y cuando ello no se considere factible, deberán considerarse los medios para abolir progresivamente esas sanciones en todos los casos. Las disposiciones que se adopten, deberán garantizar que las sanciones penales serán abolidas tan pronto como sea posible, y en cualquier circunstancia, a más tardar en el plazo de 1 año a partir de la fecha de la ratificación del presente Convenio.

El proyecto de Convenio fué adoptado por 169 votos a favor, 1 en contra y 4 abstenciones para ser remitido al Comité de redacción de la Conferencia antes del voto final.

Este Convenio ha quedado completado con una Resolución que expresa la esperanza que el instrumento sea ratificado y considera la posibilidad de examinar en una futura reunión de la Conferencia, la adopción de un instrumento de más extenso alcance.

## INFORMACIONES SOCIALES

En la misma sesión, la Conferencia examinó el informe que le fué presentado por la Comisión de Agricultura sobre la formación profesional de este tipo de trabajadores, cuestión inscrita en el orden del día para primera discusión. Fueron aprobadas por la Conferencia en relación con este punto, las cinco conclusiones planteadas y una resolución que decide inscribir en el orden del día de su próxima reunión general la cuestión de la formación profesional en la agricultura, para decisión final sobre una recomendación relativa a esta cuestión.

En su vigésima cuarta sesión la Conferencia examinó en primer lugar el informe de su Comisión de Readaptación Profesional referente al punto IV del orden del día "Adaptación y readaptación profesional de los inválidos". El informe fué presentado por el Sr. G. C. H. Slater (consejero técnico gubernamental del Reino Unido) ponente de la Comisión.

A este respecto la Conferencia adoptó una recomendación que contiene una serie de disposiciones que persiguen como objetivo, permitir a las personas cuya capacidad física se encuentra disminuída, recobrar el máximo de su capacidad de trabajo, a fin de que encuentren empleos que correspondan a sus aptitudes.

Esta Recomendación, se completa con una Resolución, adoptada por unanimidad, y que invita a los gobiernos y las organizaciones interesadas para que desplieguen todos sus esfuerzos en este sentido en favor de los inválidos de guerra.

La Conferencia examinó dos informes de su Comisión de Representantes Gubernamentales sobre Cuestiones Financieras y que se refieren al prorrateo de contribuciones y presupuesto para 1956 que fué aprobado y cuyo monto asciende a 7'395,729 dólares contra 6'745,196 del ejercicio en curso.

En sus sesiones vigésima quinta, vigésima sexta y vigésima séptima, la Conferencia examinó el informe de la Comisión de Trabajadores Migrantes en los Países Insuficientemente Desarrollados, punto inscrito en el orden del día para su segunda discusión. El informe respectivo fué presentado por el Sr. E. W. Barltrop, (consejero técnico gubernamental del Reino Unido) ponente de la Comisión.

La Conferencia, a este respecto aprobó por 161 votos, 18 en contra y 36 abstenciones, una Recomendación que se refiere a la protección de los trabajadores migrantes en los países y territorios insuficientemente desarrollados, durante sus viajes de ida y vuelta, así como también en el país en que trabajen.

Esta Recomendación fué completada por una Resolución, que solicita del Consejo de Administración que instruya a la Oficina, para proceder al examen de las disposiciones de dicha Recomendación que permitan al Consejo de Administración decidir las que se consideren merecedoras de incluir en un futuro convenio que trate sobre este punto.

En su vigésima séptima sesión, la Conferencia comenzó el examen en primera discusión, del octavo punto del orden del día referente a Servicios Sociales para los Trabajadores. El informe fué presentado por el Sr. A. A. Shaheed (delegado gubernamental de Pakistán) ponente de la Comisión, quién declaró que las medidas sociales deberían fundarse en

## INFORMACIONES SOCIALES

la idea de justicia social. A este respecto fueron sometidas a la Conferencia IX Conclusiones proponiéndose entre ellas que el instrumento internacional debería revestir la forma de una recomendación. Las irridicadas conclusiones fueron aprobadas por la Conferencia así como un proyecto de resolución que decide incluir en el orden del día de su próxima reunión general, la cuestión de los servicios sociales para los trabajadores, con objeto de llegar a una decisión final respecto a una recomendación sobre este asunto.

Se abordó también, la discusión del informe de la Comisión de Aplicación de Convenios y Recomendaciones, que fuera presentado por el Sr. M. Wallin, (miembro gubernamental de Bélgica) pcnente de la Comisión, quien señaló que los trabajos de la Comisión se habían basado en el informe de la Comisión de Expertos para la aplicación de Convenios y Recomendaciones y que la Comisión tomaba nota con gran satisfacción de que en el curso de la reunión de la Conferencia, el número total de ratificaciones de convenios internacionales del trabajo, que obligan a sesenta y un Estados, había pasado de 1,500. El informe fué adoptado por la Conferencia en su vigésima octava sesión.

La Conferencia en su vigésima novena sesión adoptó sin discusión alguna, dos resoluciones sobre el empleo de las mujeres.

Por la primera se plantea una mayor protección para las madres que trabajan, expresándose que como resultado de las necesidades económicas cada día más premiosas, el número de mujeres que laboran teniendo niños a su cargo, tiende a aumentar en los países, razón por la que la O. I. T., las Naciones Unidas y otros organismos especializados, deberían adoptar una política concertada para su protección. La Resolución concluye solicitando a los gobiernos compilen información sobre este problema.

La segunda resolución invita al Consejo de Administración a pedir a la Oficina prosiga sus estudios sobre el problema del empleo a tiempo parcial de las mujeres y la integración o reintegración de las mujeres de edad avanzada en ocupaciones lucrativas, expresándose que dichas mujeres, tienen dificultades a menudo en obtener empleo debido a la falta de orientación profesional, entrenamiento u otra forma de asistencia, por lo que debe considerarse la oportunidad de inscribir esta cuestión en el orden del día de una futura reunión de la Conferencia.

Otras tres resoluciones fueron aprobadas por la Conferencia, con respecto a los derechos sindicales, las relaciones entre empleadores y trabajadores y la protección —y la seguridad de los trabajadores—.

La primera, resalta la importancia fundamental que reviste el respeto efectivo de los derechos sindicales de los trabajadores, la seria violación de estos derechos por ciertos países y la necesidad de promulgar medidas legislativas adecuadas y disposiciones reglamentarias que salvaguarden el ejercicio normal de estos derechos en diversos países.

A este respecto se hizo un llamado urgente a los Gobiernos que todavía no han ratificado los convenios que sobre estos derechos han sido aprobados, para que lo hagan a la brevedad, e invitó al mismo tiempo al Consejo de Administración para que considere la conveniencia de revisar los convenios existentes.

## INFORMACIONES SOCIALES

La resolución sobre las relaciones entre empleadores y trabajadores, sugirió que las actividades de la O. I. T. en su conjunto, podrían ser objeto de una revisión a la luz de los debates que tuvieron lugar en la Conferencia a fin de contribuir en forma efectiva al mejoramiento de la colaboración entre los trabajadores y empleadores.

La resolución sobre el mejoramiento de la protección y la seguridad de los trabajadores, considera un número de medidas en el plano nacional e internacional a fin de asegurar una mejor protección de los trabajadores contra la enfermedad y accidentes del trabajo.

Por último, la Conferencia en su trigésima sesión, aprobó una resolución referente al empleo de la energía atómica para fines pacíficos, invitando al Consejo de Administración a que estudie el papel que la O. I. T. puede desempeñar en materia de asesoramiento y asistencia para promover el desarrollo de la energía atómica para fines pacíficos y resolver los problemas de ajuste que surgirán dentro de la competencia de la O. I. T. como consecuencia del empleo industrial de la energía nuclear.

Con la trigésima primera sesión celebrada el 23 de junio de 1955, se clausuró la 38ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo.

### REUNION DE LA COMISION DE INDUSTRIAS QUIMICAS DE LA O. I. T.

Del 7 al 8 de febrero de 1955, celebró su Cuarta Reunión en Ginebra la Comisión del rubro, la misma que estuvo presidida por el señor R. L. Harry (Australia), representante del Grupo Gubernamental del Consejo de Administración de la O. I. T. y delegado permanente del Gobierno de Australia en la Oficina Europea de las Naciones Unidas. Representaron además al Consejo de Administración el señor G. Bergenström (Suecia) por el Grupo de Empleadores y el señor J. Möri (Suiza), por el Grupo de Trabajadores.

Concurrieron igualmente delegados de los veintiún países miembros de la Comisión, así como representantes de las Naciones Unidas, de la Organización Mundial de la Salud, y de la Organización Europea de Cooperación Económica, asistiendo también observadores de distintas organizaciones internacionales no gubernamentales.

El orden del día de la Reunión, comprendía las siguientes cuestiones, para cada una de las cuales había sido preparado un informe por la Oficina:

1.—Informe General con referencia a los siguientes puntos:

- a) Medidas adoptadas en los diversos países para dar curso a las conclusiones de las reuniones anteriores de la Comisión;
- b) disposiciones adoptadas por la Oficina para proceder a los estudios y encuestas propuestos por la Comisión; y
- c) acontecimientos y progresos recientes en las industrias químicas.

2.—Factores que influyen sobre la productividad en las industrias químicas y, especialmente, la organización nacional del trabajo y los sistemas de remuneración.

3.—Problemas de seguridad y de higiene en las industrias químicas:

## INFORMACIONES SOCIALES

- a) clasificación de las sustancias peligrosas; y
- b) rotulación de las sustancias peligrosas.

Se tomaron resoluciones sobre los siguientes puntos :la productividad en las industrias químicas, clasificación y rotulación de sustancias peligrosas, formación profesional, problema de seguridad e higiene y empleo del español como idioma oficial de la Comisión. Se adoptó un memorándum sobre las futuras actividades de la Organización Internacional del Trabajo relativas a enfermedades profesionales en las industrias químicas y se aprobó una recomendación de su Comité de Organización de Labores con respecto a la reforma de la definición de industrias químicas.

Por último la Comisión adoptó una resolución invitando al Consejo de Administración a incluir en el orden del día de la Quinta Reunión las cuestiones referentes a relaciones profesionales y reducción de las horas de trabajo en las industrias químicas.

### SEXTA REUNION DE LA COMISION CONSULTIVA ASIATICA DE LA O. I. T.

La reunión de esta Comisión instituida por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, se celebró en Ginebra entre el 7 y 8 de marzo del año en curso, con la concurrencia de 8 miembros gubernamentales, 4 miembros empleadores y 3 miembros trabajadores. Asistieron también observadores de las Naciones Unidas y de la Organización para la Agricultura y la Alimentación. La Comisión eligió al señor Maung Maung (miembro gubernamental de Birmania) como presidente.

El orden del día comprendió los siguientes puntos sobre los cuales emitió su pronunciamiento la Comisión:

1.—Problemas relativos al aumento de la productividad en los países de Asia, con especial referencia al mejoramiento de los niveles de vida de los trabajadores y a la mutua comprensión y colaboración entre empleadores y trabajadores.

2.—Reforma agraria en los países de Asia.

3.—Informes sobre progresos alcanzados para examinar el efecto dado a las diversas recomendaciones de la Comisión en sus diferentes reuniones aprobadas por el Consejo de Administración.

4.—Informe sobre las conclusiones de la Conferencia Regional Asiática celebrada en Tokio en setiembre de 1953 y sobre la acción emprendida por el Consejo de Administración con respecto a dichas conclusiones.

Con respecto a la resolución adoptada por la Tercera Conferencia Regional Asiática sobre el establecimiento de una corriente internacional de capitales para el desarrollo económico, la Comisión solicitó que se obtenga información para someterla a su próxima reunión.

Por último, la Comisión sugirió los siguientes puntos para el orden del día de su próxima reunión.

a).—Crédito agrícola en Asia.

b).—Contribución de la O. I. T. a la organización de las comunidades y al desarrollo de los países asiáticos y

## INFORMACIONES SOCIALES

c).—Aspectos sociales de los programas de desarrollo económico.

El informe de la Comisión fué considerado por el Consejo de Administración en su 129ª Reunión.

### RATIFICACION DE CONVENIOS

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo, ha registrado con fecha 19 de abril de 1955, la ratificación por parte del Gobierno de Haití de los seis convenios internacionales de trabajo siguientes: Convenio sobre la indemnización por accidentes del trabajo (agricultura) 1921; sobre indemnización por accidentes de trabajo (1925); sobre la igualdad del trato (accidentes del trabajo 1925); sobre el seguro de enfermedad (industria 1927); sobre el seguro de enfermedad (agricultura 1927); y sobre las enfermedades profesionales (revisado 1934).

Asimismo el 30 de abril del presente año se registró la ratificación por Yugoslavia de los Convenios sobre vacaciones pagadas (agricultura 1952) y sobre la protección de la maternidad (revisado 1952).

### APLICACION DE CONVENIOS

El 27 de abril de 1955, se registró una declaración del Gobierno de Francia sobre la aplicación en los departamentos de ultramar de Guadalupe, Guayana Francesa, Martinica y Reunión, de 27 Convenios ratificados por ese país.

Igualmente el Gobierno francés declaró que son inaplicables en dichos territorios, los convenios sobre seguro de enfermedad (industria) desempleo, estadísticas de salario y horas de trabajo, examen médico de los menores (industria); examen médico de menores en trabajos no industriales; política social sobre el derecho de asociación e inspección del trabajo en estos tres últimos en territorios no metropolitanos, sobre servicio del empleo agencias retribuidas de colocación (revisado), trabajadores migrantes (revisado) y vacaciones pagadas en la agricultura.

### RATIFICACION DE ACUERDOS

El representante permanente de los Países Bajos ante la Oficina Europea de las Naciones Unidas, depositó el 4 de abril de 1955 en la Oficina Internacional del Trabajo, el instrumento de ratificación por los Países Bajos del acuerdo relativo a las condiciones de trabajo en la marinería renana.

### SEGUNDA REUNION DEL COMITE DE EXPERTOS DEL SEGURO DE DESEMPLEO DE LA A. I. S. S.

Por invitación de la Federación de Cajas de Seguro de Desempleo de Suecia, se ha realizado en Estocolmo, entre el 23 y 27 de mayo del presente año, la Segunda Reunión del Comité de Expertos.

El orden del día estudiado ha sido el siguiente:

1º—Los problemas administrativos de los sistemas de garantía contra el desempleo en lo que concierne a:

## INFORMACIONES SOCIALES

a) Categoría de personas cubiertas por la legislación nacional;  
 b) Disposiciones relativas a las condiciones de otorgamiento de prestaciones y casos de descalificación.

2º—Relaciones de las prestaciones de desempleo con las prestaciones otorgadas por otras ramas de la Seguridad Social.

A esta reunión concurrieron 50 expertos de los países siguientes: Rep. Federal Alemana, Austria, Bélgica, Dinamarca, Ecuador, Egipto, Finlandia, Francia, Israel, Italia, Luxemburgo, México, Países Bajos, Inglaterra, Sarre, El Salvador, Suecia, Suiza y Yugoslavia.

De acuerdo con la decisión del Comité Ejecutivo, actuó como Presidente de la reunión: el Sr. John Christensson, Presidente de la Federación Sueca de Cajas del Seguro de Desempleo, y el Sr. Raymond Etienne, Director General de la Oficina de Colocación y Desempleo, como Ponente.

El Sr. Etienne presentó un informe sobre los problemas administrativos de los sistemas de protección contra el desempleo, informe elaborado sobre las respuestas recibidas a un cuestionario enviado por la Secretaría General de la AISS, a las instituciones responsables de la administración de este seguro en diferentes países.

Este informe fué aprobado unánimemente, habiéndose adoptado las recomendaciones señaladas, las mismas que, junto con el Informe, serán presentadas a la aprobación de la XII Asamblea General, próxima a reunirse en México.

### REUNION DE LA MESA DIRECTIVA DE LA A. I. S. S.

Los días 31 de mayo y 1º de junio se reunió en Florencia, la Mesa Directiva de la AISS, bajo la Presidencia del Profesor Renato Morelli.

El orden del día comprendió los siguientes puntos:

- 1º—Enmiendas a la Constitución y reglamentos internos de los diferentes organismos de la AISS.
- 2º—Comisiones Permanentes y Comisiones Ad-hoc.
- 3º—Preparación de la XII Asamblea General.
- 4º—Cooperación con otras Organizaciones Internacionales.
- 5º—Publicaciones.
- 6º—Otras cuestiones.

En esa Reunión la Mesa Directiva ha decidido que la XII Asamblea General se inicie el día 23 de noviembre de este año.

Los tres días siguientes serán dedicados a las Comisiones Médico Social y Seguro de Desempleo. Al término de sus trabajos, la Asamblea General examinará el orden del día ya fijado por el Comité Ejecutivo.

### PRIMER CONGRESO MUNDIAL DE PREVISION DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Este certamen, celebrado en Roma, entre el 2 y 6 de abril pasado ha revestido notable importancia considerándose la gravedad de los problemas relativos a accidentes de trabajo. Más de 700 delegados de 30

## INFORMACIONES SOCIALES

países han participado en las sesiones y deliberaciones, estudiándose casi 90 comunicaciones y estudios. Asimismo, se realizó una exposición internacional, amplia y excelentemente documentada, que ocupó 50 pabellones.

El señor Mastino del Río, Presidente del Congreso y Comisario del Instituto Nacional de Previsión expresó los objetivos de la reunión, frente a la gravedad del fenómeno "accidente" en todo el mundo, y la exigencia de una defensa internacional de seguridad para profundizar los estudios sobre las causas determinantes de los eventos lesivos y señalar los medios para combatirlos.

El Ministro de Trabajo de Italia, señor Vigorelli, que pronunció el discurso oficial de inauguración, adelantó que poseía totalmente terminado el nuevo Reglamento General de prevención de los accidentes, el mismo que entrará en vigor el 1º de enero de 1956. Una jornada fué dedicada para visitar a S. S. Pío XII, quien relievó, especialmente después de la última guerra, el crecimiento del número de accidentes debido al continuo desarrollo del maquinismo, añadiendo que desde muchos decenios la lucha contra los infortunios de trabajo es impulsada con energía, por organismos técnicos especializados.

En este Congreso se hizo hincapié que los problemas especificados de previsión de accidentes no encontrarían completa solución, si no son colocados en un plano que tome en consideración todos los aspectos de la vida del trabajador y que acoja las legítimas aspiraciones. En las conclusiones del Congreso, el Profesor Guiseppe Petrilli declaró la necesidad de unificar los datos estadísticos y criterios de elaboración de los mismos, a fin de coadyuvar con los programas propuestos.

Por otro lado, se ha remarcado la oportunidad de comprender en el ámbito de la previsión todo lo relativo a la protección de los accidentados, proponiéndose que este estudio sea confiado a la Asociación Internacional de la Seguridad Social.

**A L E M A N I A****Subsidios familiares**

El 1º de enero del año en curso y en cumplimiento de la ley de 13 de noviembre de 1954 entró en vigencia un sistema de subsidios familiares en la República Federal de Alemania.

Están comprendidos en los beneficios de esta ley, sobre subsidios familiares para sus hijos, los trabajadores y las personas empleadas por cuenta propia, así como los que estén bajo la dependencia del propietario de un establecimiento o de un trabajador a domicilio, siempre que realice su labor en el establecimiento o en la casa, pero que: a) estén cubiertos por el sistema de seguro de accidentes del trabajo y estén asegurados o puedan estarlo voluntariamente en una mutualidad profesional o trabajen independientemente, como los abogados, médicos, etc.; b) sean residentes en la República Federal de Alemania o en el territorio de Berlín (Oeste); y c) que tengan tres o más hijos menores de 18 años de edad (o menores de 25 que estudien y estén a cargo del beneficiario).

## INFORMACIONES SOCIALES

Las personas aseguradas en instituciones de seguro de accidentes que no sean las mencionadas en el primer apartado, como son los trabajadores domésticos, y algunos otros que laboran en establecimientos de las comunas, no están cubiertas por el nuevo sistema.

Salvo caso de instrumentos nacionales que establezcan la reciprocidad, los extranjeros no tendrán derecho a subsidios familiares por los hijos residentes fuera del país.

Los beneficios de asignaciones familiares se otorgan por el tercer hijo y por cada hijo siguiente a razón de 25 marcos por mes. La administración del plan es de competencia de las cajas especiales de subsidios familiares. Para cada mutualidad profesional debe instituirse una caja, cuyo conjunto formará una federación para la ejecución que afectan al mismo.

Los gastos del plan se cubrirán por las cotizaciones, debiendo contribuir al fondo para subsidio familiar las personas que estén obligadas a pagar cotizaciones a las mutualidades profesionales en virtud del sistema de seguro de accidentes del trabajo como trabajadores independientes o con respecto a las personas que emplea o que se hallan bajo su dependencia, que hubieran debido pagar dichas contribuciones de haber estado comprendidas en el régimen.

El Gobierno Federal, los Estados, las comunas y demás corporaciones, instituciones y fundaciones de derecho público serán exceptuados de esta obligación, siempre que paguen a sus servidores suplementos por los hijos que por lo menos equivalgan al subsidio familiar que se paga a los demás trabajadores según el sistema del nuevo plan.

Las personas que trabajan por cuenta propia no tienen que pagar contribuciones si sus ingresos anuales no exceden de 4,800 marcos. Si las personas que trabajan por cuenta propia son empleadores, tendrán que pagar las contribuciones normales para los trabajadores. Cabe anotar que las tarifas de contribuciones no se fijan por la ley y han de determinarse separadamente por cada una de las instituciones que aplican el sistema, de modo que cubran el total de los gastos que deberá sufragar la institución. En la agricultura sólo un tercio de los gastos para prestaciones y el total del coste administrativo serán cubiertos por contribuciones; el resto se cubrirá con subsidios que se dividirá entre las organizaciones competentes con respecto a las ramas no agrícolas de la economía.

La Federación de cajas de subsidios familiares, establecerá sistemas de igualación para las cajas agrícolas y no agrícolas respectivamente.

Los gastos que resultan del otorgamiento de las asignaciones familiares a los beneficiarios de pensiones y de subsidios de desempleo se cubren por las instituciones competentes de los sistemas de seguro de pensión de accidentes, víctimas de guerra y desempleo respectivamente.

## A U S T R I A

### Subsidios familiares

Con fecha 15 de diciembre de 1954, se dictó en Austria una ley sobre adopción de medidas de compensación de cargas de familia, la mis-

## INFORMACIONES SOCIALES

ma que estableció un sistema de subsidios familiares para personas que trabajan por cuenta propia.

En virtud de esta ley los subsidios familiares establecidos en favor de trabajadores y beneficiarios de la seguridad social y de prestaciones análogas concedidos por la ley de 1949 sobre subsidios a hijos, fueron objeto de un aumento considerable quedando eliminadas ciertas anomalías observadas en la legislación anterior y modificadas las normas de financiamiento.

Las características principales del sistema vigente son las siguientes:

En cuanto al campo de aplicación, comprende a toda persona considerada como residente en Austria que trabaje por cuenta propia, la que tiene derecho a percibir subsidios familiares, siempre que sea el único o el principal sostén de sus hijos, hijos políticos, adoptivos o de otros menores que viven en el hogar. El límite máximo de edad para tener derecho a subsidios es de 18 años, pudiendo elevarse hasta 25 cuando se trate de jóvenes que reciben formación profesional, no existiendo límite de edad alguno cuando el hijo está imposibilitado de modo permanente para ganar su propia manutención por causa de incapacidad física o mental y carezca de otro medio de subsistencia.

Se señala también como persona con derecho a subsidios familiares: a) los empleados, comprendiéndose en esta denominación a los trabajadores manuales, empleados asalariados y demás personas que trabajen por una remuneración; b) los beneficiarios de asignaciones pagaderas en efectivo en virtud de las disposiciones sobre ayuda a las víctimas de guerra; c) los beneficiarios de asignaciones pagaderas en efectivo en virtud de las disposiciones legales sobre seguros de enfermedad, desempleo, vejez y accidentes del trabajo así como con arreglo a las normas aplicables en materia de asistencia pública; d) los trabajadores agrícolas desempleados sin derecho a percibir subsidios de desempleo siempre que hubieren estado empleados 20 semanas por lo menos en el año anterior.

Las personas que trabajan por cuenta propia, percibirán subsidios familiares por razón de cada hijo ulterior al primero, en cambio, las personas pertenecientes a las demás categorías enunciadas, tienen derecho en todo caso, a percibir subsidios por cada hijo con inclusión del primero.

La ley establece también el porcentaje de subsidios que tienen derecho a percibir las diversas categorías de personas beneficiarias.

Para cubrir los gastos ocasionados por los subsidios familiares se establece una contribución básica del 6% de los sueldos que abonarán los empleadores. La República Federal, los ferrocarriles federales, correos y telégrafos, los estados autónomos, los distritos y los municipios de más de 2,000 habitantes están obligados a atender el pago de los subsidios familiares devengados por sus empleados.

La aplicación del régimen de subsidios corre a cargo de la Administración Federal de Hacienda. Los fondos respectivos son administrados, con independencia de los Presupuestos Generales del Estado, bajo los auspicios del Ministro Federal de Hacienda, al que es de su in-

## INFORMACIONES SOCIALES

cumbencia la percepción de las contribuciones y la cobertura de los gastos. Los subsidios son satisfechos a los beneficiarios por los empleadores a las Oficinas de Hacienda.

### **Sistema complementario de pensiones en las empresas del hierro y del acero**

Ha sido introducido en Austria un sistema complementario de pensiones para la mayoría de los trabajadores de la industria del hierro y del acero. Debe advertirse que en este país casi la totalidad de la producción de hierro y acero están en manos de un reducido número de empresas, que emplean a 43,000 personas y que fueron nacionalizadas por la ley de 26 de julio de 1946.

El nuevo sistema que se aplica a estas empresas nacionalizadas se preparó de acuerdo con las recomendaciones de un consejo consultivo compuesto de un número igual de representantes de los trabajadores y de los empleadores, bajo la presidencia del Ministro Federal de Transporte y Empresas Nacionalizadas.

Bajo este sistema se conceden los beneficios siguientes: a) pensiones de vejez a los 65 años de edad, o en caso de trabajadores, a los 60 años; b) pensiones de invalidez, tal como ésta se define en relación con los sistemas generales de seguro social para los trabajadores manuales y los empleados remunerados, respectivamente; y c) pensiones de viudedad.

Para tener derecho a los beneficios citados es requisito imprescindible, en cuanto a los trabajadores manuales que éstos hubiesen trabajado en esas industrias durante 15 años. El período de calificación para los empleados remunerados es solamente de 10 años de servicios.

La remuneración básica sobre la que se regula a los trabajadores manuales la pensión, es la correspondiente al salario total, incluyendo los complementos normales.

En lo que se refiere a empleados, se considera como remuneración básica el 70% del salario total del último mes de trabajo, incluyendo los complementos normales y tomándose en cuenta el salario mensual extraordinario pagado como gratificación cada año civil.

Para los trabajadores manuales, la pensión de vejez o invalidez, equivale al 30% de la remuneración básica por los primeros 15 años de servicios, más el 1% por cada año adicional hasta un máximo de 55% después de 40 años de servicios.

La pensión de viudedad equivale al 50% de la pensión de vejez o de invalidez a la que el trabajador fallecido tenía o habría tenido derecho. Los pensionistas, incluso las viudas con hijos a su cargo, reciben un complemento de sus pensiones equivalente al 10% por cada hijo, debiéndose tener en cuenta que el monto total de la pensión no puede exceder de la remuneración básica.

La pensión de vejez o invalidez para los empleados, equivale al 40% de la remuneración básica por los primeros 10 años de servicios, más el 2% por cada año adicional hasta un máximo del 100% después de 40 años de servicios.

La pensión de viudedad equivale al 50% de la pensión a que tenía derecho la persona fallecida.

## INFORMACIONES SOCIALES

### Cifras estadísticas de la Seguridad Social

De acuerdo con las recientes publicaciones efectuadas por la Federación de Instituciones de Seguro Social de Austria, el total de personas aseguradas al terminar 1954 es de 4'876,000, o sea el 71% de la población total. De esta cifra, 1'330,000 son obreros, 580,000 empleados, 858,000 pensionados, 122,000 sobrevivientes de guerra, 132,000 desempleados y 112,000 asegurados facultativos.

Los ingresos generales del seguro social fueron de 6,762 millones de schillings en 1954, contra 6,139 millones en 1953; mientras que los egresos totales ascendieron a 6,538 millones en 1954, contra 5,905 en 1953.

Según estadísticas de la Cámara Federal de Economía Industrial, el monto de las prestaciones de vejez otorgadas por la Cámara de Comercio ha sido de 86.2 millones de schillings, en 1954, contra 39.5 en 1953, observándose así un aumento de 117%.

## C U B A

### Nuevas Cajas de Seguro Social

Manteniendo su política de crear cajas especiales para cada rama de actividad económica, el Gobierno de Cuba ha creado recientemente las siguientes:

#### a.—Caja de Retiro del Sector de la Ganadería

El 14 de agosto de 1954, fué promulgada la ley-decreto N° 1634, que instituye el derecho a jubilación en favor de todos los trabajadores del sector de la ganadería y a pensión en favor de sus causa-habientes, creando para este fin la institución pública del sub-rubro.

En cuanto al campo de aplicación, se encuentran incluidos en los beneficios de este régimen, todos los que presten servicios remunerados dentro del territorio nacional en fincas ganaderas, fábricas de leche condensada, evaporada o de cualquier otra forma industrial; plantas de pasteurizar, envasar y distribuir leche; fábricas de queso, mantequilla u otros productos derivados de la leche; establecimientos dedicados a manutención del ganado, fábricas de embutidos, tasajo y toda clase de carne en conservas; plantas de licuación de sebo y otras grasas animales; o los que en alguna forma presten servicios retribuidos a organizaciones del sector de la ganadería, y la Caja de Retiro del Sector de la Ganadería.

Por Ley-decreto 1857 de 22 de diciembre último, han quedado también incorporadas en los beneficios las personas que presten servicios en las fábricas de helados, los establecimientos en los que se vendan exclusivamente esos productos y las fábricas de forrajes y alimentos para el ganado, y a título facultativo, los trabajadores independientes que se dediquen a la venta al público de helados en vehículos ambulantes, siempre que sus ingresos no sean superiores a 1,400 pesos anuales.

Los ingresos destinados al financiamiento del sistema son: asegurados el 5% sobre los sueldos o salarios; empleadores el 5% sobre la suma total de los sueldos y salarios pagados.

## INFORMACIONES SOCIALES

Constituyen también ingresos el importe del primer aumento del sueldo o salario; el descuento del 5% de toda jubilación o pensión que pague la Caja fuera del territorio nacional; el descuento del 20% de toda jubilación o pensión pagada por la Caja, cuando el jubilado o subsidiariamente el pensionado no haya completado 10 años de contribución a la misma; el importe de las multas, donaciones, legados, etc.

En cuanto a riesgos, la Caja cubre los de invalidez, vejez y muerte del asegurado.

En los casos de invalidez total o parcial, con no menos de 10 años de servicios en el sector de la ganadería y dos de cotización a los fondos de la Caja, se acuerda una jubilación de conformidad con los promedios de sueldos y salarios ganados y según escala que va del 40% al 60%.

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

En los casos de vejez se otorgará una jubilación que se gradúa teniendo en cuenta la edad y el tiempo de servicios. Toda jubilación se calculará sobre el salario medio del trabajador, y ninguna podrá exceder de la suma de 200 pesos mensuales.

En muerte del afiliado, se otorga una pensión a la viuda o divorciada inocente cuando concurriera sola, igual al 75% de la jubilación que hubiere percibido o pudiera haber tenido derecho a percibir el causante.

Cuando la viuda concurriera con hijos, se reducirá la pensión al 50% para la viuda, correspondiendo el otro 50% en partes iguales a los hijos.

Si no existiese cónyuge supérstite, los hijos recibirán el 50% de la jubilación si concurriese uno solo; y si dos o más el 70% distribuido en partes iguales.

A falta de parientes de los anteriormente mencionados, los padres del causante recibirán el 75% de la jubilación.

El derecho a pensión se extingue al llegar el pensionado a los 21 años, salvo incapacidad física o mental, y cuando contraiga matrimonio.

La administración de esta Caja corresponde a un directorio integrado por 9 miembros.

### **b.—Caja de Retiro de los trabajadores de la industria del calzado, pieles, sus derivados y conexos.**

Fué creada por ley-decreto 1835 de 3 de diciembre de 1954, aplicándose sus beneficios a todas las personas naturales que, dentro del territorio nacional, realicen o dirijan trabajos retribuidos en cualquier fábrica, taller, comercio, empresa u organización patronal u obrera en los sectores de la industria del calzado, pieles, sus derivados y conexos.

Comprende también a los elaboradores privados de dicha industria, los delegados obreros, funcionarios y empleados de la Comisión Reguladora, de la industria del calzado.

Los ingresos destinados a solventar el régimen, están constituidos por la contribución de los asegurados equivalente al 5% sobre los sueldos y salarios devengados, y la contribución de los empleadores del 5%

## INFORMACIONES SOCIALES

sobre la suma total de los sueldos y salarios pagados. Se cubren los riesgos de invalidez, vejez y muerte del asegurado.

La dirección y administración la ejerce un directorio de 11 miembros renovable cada 4 años.

### c.—Caja de seguro de pensión para funcionarios, empleados y obreros del seguro de salud y maternidad

Se constituyó en virtud de la ley-decreto 1818, de 18 de noviembre de 1954. Esta nueva Caja, protegerá a las personas que trabajan al servicio del seguro de salud y maternidad obrera, contra los riesgos de invalidez, vejez y muerte.

## ESTADOS UNIDOS

### Los Seguros Privados durante el primer semestre de 1955

Actualmente funcionan en Estados Unidos 1,060 compañías de seguros de acuerdo con la estadística que reseña el Instituto de Seguro de Vida.

Es interesante mencionar, que durante el primer semestre de 1955, se ha abonado la cantidad de US\$ 1'112,665,000 correspondientes a 834,255 beneficiarios, en concepto de pagos por muerte; el cuadro siguiente muestra los egresos ocurridos en las distintas clases de seguro vigentes:

	Benef.	U. S. \$
Seguro de vida ordinario	243,972	689'628.000
Seguro de vida colectivo	116,929	287'295.000
Seguro Industrial	473,354	135'742,000
<b>TOTAL</b>	<b>834,255</b>	<b>1,112'665.000</b>

### Cifras estadísticas de la Seguridad Social

En el presente año, el programa de Seguridad Social Americano cumple 20 años de establecido pues se promulgó en 1935 la Social Security Act. destinada a cubrir necesidades inmediatas y ayudar la prevención de futuras obligaciones.

En esa ley, el concepto de "Seguridad Social" adquirió especial énfasis, en el sentido de otorgar pensiones y rentas de mantenimiento. Es digno de mención, el hecho que la ley original incluyó provisiones de ayuda para servicios de salud, materno-infantiles, el bienestar, de salud pública y de rehabilitación vocacional. Posteriores modificaciones introducidas a la ley de creación, han dirigido su acción hacia la cobertura de los riesgos de vejez y muerte.

## INFORMACIONES SOCIALES

Durante los 20 años transcurridos, el programa ha ayudado a las familias americanas en seguridad económica mediante 4 riesgos: desempleo, vejez, muerte del cabeza de familia e inhabilitación.

El cuadro siguiente reseña los egresos correspondientes a diversos años en los programas vigentes:

(en miles de dólares)

Programa	1934	1939	1944	1949	1954
Total de pagos mensuales S. S.	261,973	352,405	225,096	748,673	1'183,389
Seguro Social y Pagos	56,969	109,177	145,368	549,097	954,170
Seguro de Vejez y sobrevivientes	—	—	18,140	56,074	339,342
Retiro Ferroviario	—	8,741	11,211	23,286	42,597
Retiro de Empleados Públicos	14,997	20,333	27,037	58,538	104,777
Compensaciones a trabajadores	11,000	12,500	23,000	33,300	51,000
Pensiones a veteranos y campesinos	30,972	35,923	58,298	185,770	225,752
Seguro de Desempleo	—	31,680	7,352	185,981	180,352
Seguro de Invalidez temporal	—	—	330	6,148	10,350
Ayudas públicas	205,004	243,228	79,728	199,576	229,219
Asistencia Pública	8,042	48,621	72,320	171,191	203,286
Asistencia General	142,664	38,731	7,408	28,385	20,075
Programas de Trabajo	54,298	155,876	—	—	—

Cabe mencionar que, de acuerdo con las publicaciones de la Administración de la Seguridad Social, al mes de febrero del presente año, se tiene registrados más de 7 millones de beneficiarios del seguro de vejez y sobrevivientes.

## I R A N

### Actividades de la Organización de Seguros Sociales en 1953-1954

Durante el año 1332 de la era mahometana, correspondiente al 21 de marzo de 1953 y 20 de marzo de 1954, el monto de las prestaciones abonadas por la Organización de Seguros Sociales de los Trabajadores ha sido de 271'826,333 rials. Esta suma se reparte como sigue:

## INFORMACIONES SOCIALES

1) Servicios médicos, asignaciones de enfermedad, indemnizaciones por incapacidad, etc. . . . .	194'546,030 rials.
2) Asignaciones de bodas, nacimientos y preñez . . . .	30'668,672 „
3) Asistencia familiar . . . . .	24'672,450 „
4) Pensiones por incapacidad y retiro . . . . .	4'894,403 „
5) Asignaciones por decesos . . . . .	4'468,720 „
6) Subsidios de enfermedad (descansos) . . . . .	12'576,058 „

Actualmente la Organización cuenta con 18 dispensarios y 12 farmacias, para la atención de sus afiliados.

## R U S I A

### Presupuesto de los Seguros Sociales

Por recientes publicaciones de la prensa soviética, el presupuesto de los seguros sociales para 1955, asciende a la suma de 26,500 millones de rublos. . . . .

Este presupuesto muestra considerable aumento año tras año; así en 1950 fué 19,000 millones; y en 1954 se elevó a 24,700 millones de rublos.

Los seguros sociales en Rusia, tienen la particularidad especial de depender directamente del Estado; así el presupuesto del Seguro Social es una parte del nacional aprobado por el Consejo Supremo del Soviet.

Cada empresa, establecimiento u otra organización entrega al Estado las cotizaciones dentro del monto fijado para cada rama de la economía nacional. De estas cotizaciones se constituye el Fondo de los Seguros Sociales Estatal.

El Consejo Central de Sindicatos de Rusia, como el Comité Central de cada Sindicato, son las secciones del Seguro Social; los comités sindicales de las usinas y de los Consejos de Seguros Sociales de cada grupo sindical, eii gen un "Delegado de Seguro Social". Los consejos y comisiones de seguros sociales están integrados por los miembros más activos y son dirigidos, en regla general, por el Presidente del Comité Sindical o por el Vice-Presidente, en ausencia del primero.

Se observa del presupuesto mencionado que una gran partida se ha destinado para asignaciones y pensiones, y más de 1,500 millones de rublos se ha destinado para el reposo de obreros y empleados. Otras importantes partidas han sido asignadas para vacaciones de trabajadores en campos de turismo y alpinismo.

## V E N E Z U E L A

### Actividades del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales

Durante el año económico Julio de 1953 a Junio de 1954, año correspondiente al décimo de la administración por el Instituto de los Se-

## INFORMACIONES SOCIALES

guros de Enfermedad-Maternidad y de Accidentes y Enfermedades Profesionales, se ha observado continuo crecimiento de las prestaciones, así como de las categorías.

**Seguro de Enfermedad-Maternidad.** — El movimiento de este riesgo ha sido el siguiente:

Ingresos .. . . . .	Bs.	42'614,878.65
Prestaciones en especie .. . . . .	Bs.	32'283,397.70
Prestaciones en dinero .. . . . .	Bs.	6'201,454.50

**Seguro de Accidentes y Enfermedades Profesionales.** — Acusa la siguiente evolución:

Ingresos .. . . . .	Bs.	15'128,099.59
Prestaciones en dinero .. . . . .	Bs.	2'237,339.65
Prestaciones en especie .. . . . .	Bs.	4'919,381.08

**Reservas Técnicas.** — Al 30 de junio de 1954, las reservas técnicas se elevaron a Bs. 18'626,161.00. El Fondo de Seguridad aumentó de Bs. 792,672.45 a Bs. 1'396,962.00 y las Reservas para Catástrofe ascienden a Bs. 1'935,000.00. En total las reservas alcanzaron Bs. 28'958,123.00.

# Legislación Social Peruana

*Salud Pública y  
Asistencia Social*

## **COOPERACION DE LOS SERVICIOS ANTITUBERCULOSOS EN LA ENSEÑANZA UNIVERSITARIA**

**R. S. N° III "SP" 1-7-55**

**"El Peruano" 4-7-55**

Resuelve que los servicios nacionales preventivo-asistenciales destinados a la campaña antituberculosa, pueden ser utilizados libremente por la docencia universitaria para la enseñanza de la Tisiología.

Asimismo, autoriza a la Facultad de Medicina para que, en terrenos del Hospital Sanatorio de Bravo Chico, construya un pabellón de investigaciones para la Cátedra de Tisiología.

## **AUTORIZA AL EJECUTIVO EL ESTABLECIMIENTO DE URBANIZACIONES DE TIPO POPULAR**

**Ley N° 12370 28-6-55**

**"El Peruano" 6-7-55**

Autoriza al Poder Ejecutivo adoptar, las medidas necesarias para el establecimiento de urbanizaciones de tipo popular y para construcción y venta de las casas de bajo costo, para contribuir a la rápida solución del problema de la vivienda.

Asimismo, faculta al Poder Ejecutivo para contratar empréstitos o colocar bonos, por series, hasta la suma de mil millones de soles (S/. 1,000'000.000.00) o su equivalente en dólares americanos.

## **EXPROPIACION DE TERRENOS EN TARMA**

**R. S. 1-8-55**

**"El Peruano" 10-8-55**

Declara de necesidad y utilidad pública la expropiación de terrenos en la ciudad de Tarma, autorizando al Fondo Nacional de Salud y

## INFORMACIONES SOCIALES

Bienestar Social para que promueva el procedimiento judicial de expropiación. Estos terrenos serán destinados a residencias de médicos del Hospital, que actualmente se construye en esa ciudad.

### **DA CARACTER OFICIAL AL II CONGRESO PERUANO DE PEDIATRIA**

**R. S. Nº 107 "SP" 23-6-55**

**"El Peruano" 4-7-55**

Confiere carácter oficial al II Congreso Peruano de Pediatría, que se celebrará en Lima, entre el 4 y 11 de julio.

### **CENTRALIZACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN TACNA**

**R. M. 9-8-55**

**"El Peruano" 26-8-55**

Establece que todos los servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el Departamento de Tacna, integrarán una sola organización, con sede en el Hospital Regional "Hipólito Unánue", que poseerá comando unificado y estará dirigida y controlada por un Comité Ejecutivo Sanitario local, asesorada y supervisada por un Comité Consultivo Permanente del Ministerio.

Asimismo, crea el Comité Consultivo Permanente integrado por el Director General de Salud Pública, el Director General de Asistencia Social y Hospitalaria, el Jefe de la División de Servicios Regionales y Unidades Sanitarias y el Jefe de la División de Hospitales. Esta Comisión tendrá por objetivo orientar y supervigilar el funcionamiento de los Servicios Sanitarios Unificados.

*Trabajo y Asuntos  
Indígenas*

### **AUMENTO DE SUELDOS A LOS EMPLEADOS DEL FRIGORIFICO NACIONAL**

**R. M. Nº 265 "DT" 19-7-55**

**"El Peruano" 21-7-55**

Aumenta en 15% los sueldos básicos, vigentes a la fecha, de los empleados del Frigorífico Nacional S. A.; el aumento regirá a partir del día 28 de junio del año en curso.

## INFORMACIONES SOCIALES

**ABONO DE INDEMNIZACIONES A OBREROS DE  
CONSTRUCCION CIVIL**

D. S. 21-7-55

"El Peruano" 22-7-55

Los empleadores de la industria de construcción civil, pagarán las indemnizaciones por tiempo de servicios y demás beneficios sociales que correspondan a sus obreros, dentro de las 48 horas siguientes al vencimiento del respectivo contrato de trabajo.

En caso de no ser cobradas estas sumas por los obreros, los referidos empleadores empozarán en la Caja de Depósitos y Consignaciones las sumas adeudadas.

**NOMBRA COMISION PERMANENTE PARA LA SOLUCION  
DE LOS RECLAMOS DE TRABAJADORES EN  
CONSTRUCCION CIVIL**

D. S. 21-7-55

"El Peruano" 22-7-55

Crea una Comisión Permanente Tripartita de la Industria de Construcción Civil, constituida por un funcionario designado por el Ministerio de Trabajo, que la presidirá, por el funcionario que designe el Ministerio de Fomento, por los representantes de los empleadores designados por la Asociación de Ingenieros Constructores del Perú y por dos representantes de los obreros de construcción civil.

Esta Comisión atenderá en forma conciliatoria los reclamos y cuestiones que se susciten entre empleadores y obreros de esta industria.

**COMISION ENCARGADA DE SEÑALAR MEDIDAS PARA EL  
MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE VIDA  
DE LOS TRABAJADORES DEL CAMPO**

R. S. 20-7-55

"El Peruano" 22-7-55

Nombra una Comisión que se encargará de proponer al Gobierno, en el término de 45 días contados a partir de la fecha, las medidas más adecuadas para el mejoramiento de la vivienda y las condiciones generales de vida de los trabajadores del campo.

Dicha Comisión estará integrada por un Delegado del Presidente de la República, quién la presidirá, el Director del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, un delegado del Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas, dos delegados del Ministerio de Salud Pública y dos de la Sociedad Nacional Agraria.

**FIJA LOS SALARIOS DE LOS TRABAJADORES  
DE CONSTRUCCION CIVIL EN LIMA,  
CALLAG Y BALNEARIOS**

D. S. 21-7-55

"El Peruano" 23-7-55

Señala los salarios normales que percibirán los trabajadores de Construcción Civil en Lima, Callao y Balnearios, a partir del 1º de ju-

## INFORMACIONES SOCIALES

lio del presente año: Operarios S/. 32.00; Ayudantes u Oficiales S/. 23.00; Peones S/. 20.00.

### **NOMBRA COMISION TRIPARTITA PARA EL ESTUDIO DE LA JORNADA SEMANAL DE TRABAJO EN LA INDUSTRIA TEXTIL**

**R. M. N° 375 "DT" 14-9-55**

**"El Peruano" 17-9-55**

Crea una Comisión Tripartita encargada del estudio de la reducción de la jornada semanal en la industria textil, integrada por un funcionario de la Dirección General de Trabajo que la presidirá, por dos representantes de los empleados y dos de los trabajadores de la industria textil.

Esta Comisión deberá proponer las medidas convenientes o realizar los convenios a que hubiere lugar, en un plazo no mayor de 60 días a partir de la fecha de su instalación.

*Justicia y Culto*

### **LOS MIEMBROS DE LOS INSTITUTOS ARMADOS QUE PRESTAN SERVICIOS EN EMPLEOS CIVILES GOZAN DE JUBILACION, CESANTIA Y MONTEPIO**

**Ley 12366 28-6-55**

**"El Peruano" 4-7-55**

Modifica el Art. 8º de la Ley 1042, estableciendo que los miembros de los Institutos Armados que prestan servicios en empleos civiles, tienen derecho a goces de jubilación, cesantía y montepío, de acuerdo con las disposiciones de la Ley de 22 de Enero de 1850, sus modificatorias y ampliatorias.

### **FACILIDADES A LOS EMPLEADOS PUBLICOS EN LOS CONTRATOS CON EL CENTRO VACACIONAL DE HUAMPANI**

**R. S. N° 35 19-7-55**

**"El Peruano" 23-7-55**

Autoriza a las Oficinas Pagadoras de las Reparticiones Públicas, para que descuenten mensualmente de los sueldos de empleados públicos, las cuotas por las obligaciones que contraigan para el hospedaje de ellos y sus familiares en el Centro Vacacional de Huampaní.

**PROHIBICION DE ALQUILAR TERRENOS AGRICOLAS  
DE LOS INSTITUTOS DE TUTELA**

D. S. N° 21 8-9-55

"El Peruano" 16-9-55

Prohíbe dar en alquiler las tierras de cultivo de los establecimientos de tutela de la República, anexas a sus locales; esas tierras deberán ser utilizadas, en forma exclusiva por los menores tutelados en actividades, ganaderas, granjas e industrias conexas.

**CREA EL CONSEJO ADMINISTRATIVO DE SUPERVIGILANCIA  
DE LAS FUNDACIONES**

D. S. N° 38 6-9-55

"El Peruano" 16-9-55

Decreta la creación del Consejo del rubro, que estará integrado por el Ministro de Justicia y Culto, que lo presidirá, por un Fiscal de la Corte Suprema de Justicia, por el Director General de Asistencia Social y Hospitalaria y el Director General de la Oficina Legal del Ministerio de Justicia, quien actuará como Secretario.

Corresponde a este Consejo, la creación de los organismos administrativos de las Fundaciones en cuyos instrumentos originales se haya omitido las disposiciones pertinentes de la Ley 8728, proponer las instituciones que deben asumir la administración de las Fundaciones que no cuenten con recursos suficientes para el cumplimiento autónomo de sus fines; tomar los acuerdos correspondientes a sus fines, en armonía con la legislación vigente y dictar las normas convenientes para el control administrativo en el funcionamiento económico de las Fundaciones.

# Legislación Social Extranjera

## ITALIA

### EXTENSION DEL SEGURO DE ENFERMEDAD A LOS AGRICULTORES INDEPENDIENTES

**Ley N° 1136 de 22 de noviembre de 1954**

Art. 1° — El seguro de enfermedad es obligatorio para los propietarios, arrendatarios, enfiteutas, usufructuarios, que directa y habitualmente se dedican al cultivo manual de los fundos o a la cría y cuidado de ganado,, así como para los miembros de los núcleos familiares que trabajan habitualmente en los fundos o que vivan a cargo de los primeros, siempre que la fuerza laboral total del núcleo familiar sea superior al 50% de la que corresponde a las necesidades normales de cultivo del fundo o de cría y cuidado del ganado, de acuerdo con el artículo 5° del decreto real N° 1949 de septiembre 24 de 1940.

Para la evaluación de la fuerza laboral, a cada miembro del grupo familiar se atribuye 280 jornadas de trabajo anuales.

Se excluyen los cultivadores de fundos, con base en las normas del real decreto-ley N° 2138, de noviembre 28 de 1938 y modificatorios que precisin para su cultivo menos de 30 jornadas-hombre, salvo el derecho a las prestaciones de enfermedad, eventualmente a los mismos, por otro sistema.

Art. 2° — A los fines de esta ley, la inscripción de las personas sujetas al seguro de enfermedad se efectuará en formularios especiales nominativos comunes en concordancia con la modalidad prescrita en el decreto real N° 1949 y modificatorios mencionados.

La Comisión que cita el artículo 4° del Decreto Legislativo N° 75, de 8 de febrero de 1945, estará integrada por dos representantes de los cultivadores directos.

Para la inscripción y goce de prestaciones, se aplicarán las normas del art. 4° del Decreto Legislativo N° 212, de 9 de abril de 1946.

Art. 3° — Los trabajadores independientes mencionados en el art. 1°, y sus familiares sujetos al seguro obligatorio, gozarán las siguientes prestaciones:

- a) Asistencia médica general a domicilio y ambulante;
- b) Asistencia hospitalaria;

## INFORMACIONES SOCIALES

- c) Asistencia médica especial, clínica y curativa;
- d) Asistencia obstétrica.

La modalidad, límites y términos de las prestaciones enumeradas, serán fijadas por el reglamento a aprobarse, de acuerdo con las normas del art. 13, inciso d).

Se excluye de la asistencia prevista en esta ley, las enfermedades que corresponden al campo antituberculoso, o de otros entes públicos, que son cubiertas por otras formas del seguro obligatorio.

Hasta la expedición del reglamento respectivo, los trabajadores independientes y sus familiares, gozarán las prestaciones en la forma, modalidad y límites establecidos por el Decreto Legislativo N° 212, de 9 de abril de 1946 y modificatorios, así como por la Ley N° 138, de 11 de enero de 1943.

Art. 4° — Los asegurados titulares de fundos, agrupados en las cajas mutuales comunales de enfermedad, previstas en el art. 5° siguiente, podrán decidir la extensión del seguro de enfermedad, hacia las formas de asistencia farmacéutica y prestaciones complementarias.

La decisión quedará sujeta a la aprobación de la caja provincial respectiva.

Art. 5° — Créase en cada Comuna, una Caja Mutual Comunal de trabajadores independientes para el otorgamiento de prestaciones de asistencia médica, general, domiciliaria y ambulante, y obstétrica general.

Estas Cajas Comunales, cuando las condiciones particulares lo exijan, y a pedido de la mayoría de la asamblea comunal, pueden ser autorizadas por el Consejo Directivo de la Caja Provincial de que dependan, a fraccionarse en pequeñas Cajas Mutuales o a refundirse en Cajas Mutuales Intercomunales. Cada Caja resultante de la división, debe incluir no menos de 100 titulares de fundos. La constitución de Cajas Intercomunales, sólo podrá autorizarse cuando las Cajas que soliciten unión, estén integradas por un número inferior de 100 titulares de fundos.

Créase en cada provincia, una Caja Mutual Provincial para los trabajadores independientes, que otorgarán las mismas prestaciones que las Cajas Comunales.

Estas Cajas Provinciales se agruparán en una Federación Nacional de Cajas Mutuales de Enfermedad, a la que se concede funciones reguladoras de las actividades y gestiones de las Cajas Provinciales, con particular referencia a las exigencias de coordinación y solidaridad en el territorio nacional.

Las Cajas Comunales, Fraccionales, Intercomunales, Provinciales y la Federación Nacional, gozan de personería jurídica de derecho público y estarán bajo la vigilancia del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

Art. 6° — La Caja Mutual Provincial estará regida por un Consejo Directivo compuesto por once representantes de los trabajadores independientes, elegidos por los presidentes de las Cajas Comunales reunidos en asamblea. El Consejo Directivo elegirá en su seno un Presidente, un Vicepresidente y una Junta Ejecutiva, la que estará integrada por el Presidente, el Vicepresidente y tres miembros del Consejo.

Integrará el Consejo, con voto consultivo, un médico designado por

## INFORMACIONES SOCIALES

el mismo Consejo, de la terna propuesta por la Orden de Médicos de la Provincia.

El Director de la Caja Provincial, asistirá a las reuniones del Consejo Directivo y de la Junta Directiva, participando con voto consultivo.

Los cargos en el Consejo tendrán una duración de tres años y sólo serán sustituidos en el curso del trienio, en caso de renuncia o decadenacia.

La Asamblea de la Caja Provincial se reunirá comúnmente una vez por año, y en casos extraordinarios cuando lo solicite la mayoría del Consejo Directivo Provincial o cuando menos, un tercio de los Presidentes de las Mutuales Comunes.

Corresponde a la Asamblea de la Caja Provincial la aprobación del balance provisional y total de esta Caja, respetando las normas fijadas por la Federación Nacional.

Art. 7º — Corresponde al Consejo Directivo de la Caja Mutual Provincial:

- a) Examinar y discutir, en el plazo de tres meses, el presupuesto respectivo para enviarlo a la asamblea provincial;
- b) deliberar sobre la modalidad de otorgamiento de prestaciones a los asegurados;
- c) Determinar las eventuales contribuciones suplementarias para el otorgamiento de prestaciones integrales;
- d) Autorizar la adquisición y enajenación de inmuebles;
- e) Aceptar legados y donaciones a favor de la Caja;
- f) Deliberar sobre los acuerdos a establecerse en la sede provincial para el otorgamiento de la asistencia en favor de los asegurados;
- g) Discutir otros asuntos enviados para su examen por el Presidente.

Las deliberaciones de la Asamblea Provincial relativas al balance del Consejo Directivo, incisos b), d) y f) del presente artículo, deberán ser aprobadas por la Federación Nacional. Estas resoluciones entrarán en vigor 30 días después de su expedición, siempre que no aparezcan comunicaciones suspensivas o contrarias por parte de la Federación.

Art. 8º — La Junta Ejecutiva de la Caja Mutual Provincial cumple las siguientes funciones:

- a) Confecciona el balance para enviarlo al Consejo Directivo;
- b) Prevé el normal funcionamiento de la Caja;
- c) Promoción y licenciamiento del personal administrativo, a excepción del Director, con observancia de las normas dispuestas por la Federación Nacional;
- d) Redacta las normas de calificación del Director;
- e) Aprueba, en los términos previstos, las discusiones adoptadas por las Cajas Comunes, bajo la aprobación de la Caja Provincial, en el sentido de los artículos 19 y 20 de esta ley;
- f) Aprueba los contratos de equipamiento;
- g) Decide en primera instancia sobre los pedidos de los asegurados en materia de prestaciones obligatorias, de competencia de la Caja Provincial, y en segunda instancia, sobre los re-

## INFORMACIONES SOCIALES

cursos de los asegurados por prestaciones de competencia de las Cajas Comunales;

- h) Señala en la nómina, para la normal administración de la Caja Comunal, un Comisario en caso de vacancia del Consejo Directivo, en caso que el número de sus miembros, por renuncia u otros motivos, se reduzca a menos de la mitad,, o en caso de necesidad funcional. Al adoptar este procedimiento se dará aviso, en el término de quince días, a la Federación Nacional. La gestión comisarial no podrá durar más de cinco meses, y en este lapso el comisario procederá a la convocatoria de la Asamblea para elegir el nuevo Consejo Directivo;
- i) Discute otros asuntos enviados para su examen por el Presidente.

En caso de urgencia la Junta puede adoptar los procedimientos de competencia del Consejo Directivo, cuya ratificación deberá obtener en la reunión inmediata siguiente.

Art. 9º — El Presidente ejerce la representación legal de la Caja Provincial, firmando las actas respectivas y vigilando la aplicación de las disposiciones del Consejo Directivo y de la Junta Ejecutiva.

En caso de urgencia, el Presidente podrá adoptar los procedimientos de la Junta Ejecutiva, cuya ratificación o aprobación deberá obtener en la siguiente reunión de ella.

Art. 10º — Para el control de las gestiones de la Caja Provincial, se crea un Colegio Sindical compuesto por tres miembros activos y dos suplentes; de los primeros uno será elegido presidente, nombrado por el Prefecto; uno activo y otro suplente serán nombrados por la Federación Nacional; uno activo y otro suplente serán designados por la Asamblea Provincial.

La duración de los cargos en este Colegio, será de tres años.

Art. 11º — La Asamblea Nacional de Presidentes de las Cajas Provinciales se reunirá anualmente, y en forma extraordinaria, cuando lo solicite la mayoría del Consejo Central o por lo menos, un tercio de los Presidentes de las Cajas Provinciales.

Corresponde a la Asamblea Nacional:

Elegir cada tres años 20 miembros del Consejo Central y los 3 miembros activos y dos suplentes del Colegio Sindical Central;

Aprobar en el sexto mes después de la clausura del ejercicio, el balance financiero.

Art. 12º — El Consejo Central de la Federación estará compuesto por:

- a) El Presidente, nombrado por decreto del Ministro de Trabajo y Previsión Social, de común acuerdo con el Ministro de Hacienda, y a propuesta del Consejo Central;
- b) Veinte miembros consejeros elegidos por la Asamblea, entre los que nombrará dos vicepresidentes. En caso de que el Presidente sea elegido de uno de éstos, formará parte del Consejo el primero de los no elegidos.

## INFORMACIONES SOCIALES

Formará parte del Consejo Central, con voto consultivo, un médico designado por el Consejo mismo, de una terna nominada por la Federación de Ordenes de Médicos.

El Consejo elegirá en su seno la Junta General compuesta por un Presidente, dos Vicepresidentes y 4 miembros del Consejo Central.

Art. 13º—Corresponde al Consejo Central:

- a) Discutir el presupuesto provisional y aprobar el balance que será presentado a la Asamblea Nacional;
- b) Proponer al Ministerio del Trabajo y Previsión Social la medida anual de las contribuciones señaladas en el art. 22 letras b y c;
- c) Aprobar el plan de repartición de las rentas provenientes del art. 22, letra b), según el criterio de solidaridad en el territorio nacional;
- d) Aprobar el reglamento de prestaciones obligatorias;
- e) Señalar las directivas en orden a las formas de asistencia facultativa, emanadas de la Caja Mutual Comunal y la adopción de formas de asistencia integral;
- f) Aprobar el reglamento del personal de la Federación Nacional y de las Cajas Mutuales de Enfermedad de los cultivadores;
- g) Establecer las relaciones de la Federación con los Institutos de Seguro de Enfermedad;
- h) Decidir sobre el empleo de los fondos, en la adquisición o enajenación de inmuebles, aceptación de donaciones y legados a favor de la Federación;
- i) Designar el Directorio Central de la Federación;
- j) Deliberar sobre cualquier otra sugerencia enviada a la competencia del Consejo de la presente ley o a su examen por parte del presidente.

Las discusiones citadas en las letras a), d) y f) estarán sujetas a la aprobación del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

Art. 14º — Las atribuciones de la Junta Central son:

- a) Examinar los balances enviados para aprobación del Consejo Central;
- b) Supervigilar el funcionamiento de la Federación Nacional y las relaciones de la misma con las Cajas Mutuales;
- c) Señalar los criterios generales para la organización de las Cajas Mutuas;
- d) Nombrar los directores de las Cajas Mutuales;
- e) Decidir sobre los recursos en segunda instancia, de los asegurados en materia de prestaciones;
- f) Realizar convenciones y acuerdos de carácter general con otros Entes de Previsión y Asistencia Social;
- g) Aprobar los contratos de abastecimiento;
- h) Proveer al nombramiento para la normal administración de las Cajas Mutuales Provinciales, de un comisario en caso de vacancia del Consejo Directivo, en caso que el número de sus miembros, por renuncia u otros motivos, se redujese a me-

## INFORMACIONES SOCIALES

nos de la mitad, o en caso de necesidad funcional. Bajo dicho procedimiento, se dará recurso, en el término de quince días, al Ministro de Trabajo y Previsión Social. La gestión comisarial no podrá durar más de seis meses, dentro de tal término el comisario procederá a la convocación de la asamblea para la elección del nuevo Consejo Directivo;

- i) Aprobar, en los términos previstos, las discusiones adoptadas por las Cajas Mutuas Provinciales, enviadas a la aprobación de la Federación Nacional, en el sentido del art. 7º de la presente ley;
- j) Discutir sobre otros asuntos enviados para examen de la Junta, por el presidente.

En caso de urgencia la Junta puede adoptar los procedimientos de competencia del Consejo, debiendo informar a éste en la siguiente reunión.

Art. 15º—El Presidente ejerce la representación legal de la Federación Nacional, firmando los actos correspondientes, vigilando la ejecución de las deliberaciones del Consejo Central y de la Junta Central.

En caso de urgencia el Presidente puede adoptar los procedimientos de la Junta Central, cuya ratificación debe ser expresada en la reunión inmediata siguiente.

El Presidente, de acuerdo con la Junta Central, puede delegar, para el ejercicio de funciones particulares, la representación de la Federación, a uno de los dos vicepresidentes o al Director Central.

Art. 16º—Para el control de las gestiones de la Federación Nacional, se constituye un Colegio Sindical compuesto por cinco miembros activos y dos suplentes; de los cuales uno activo, ejercerá la presidencia, nombrado por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social; un miembro activo será nombrado por el Ministerio de Hacienda; tres miembros y dos suplentes serán elegidos por asamblea nacional.

Los cargos en el Colegio Sindical son de tres años.

Art. 17º — El Director Central supervigilará el funcionamiento técnico y la disciplina de los servicios de la Federación Nacional, informando al Presidente.

El Director Central participa, con voto consultivo, en las reuniones del Consejo Central y de la Junta Central.

Art. 18 — Los trabajadores titulares de fondos, inscritos en listas a los fines de la contribución señalada en el art. 22, letra b), reunidos en asamblea comunal (cada tres años en la forma prevista por el art. 29) elegirán el Consejo Directivo de la Caja Mutual, compuesto por quince miembros.

El titular de fondo puede ser representado, de vez en vez, mediante delegados, por un miembro de su propia familia comprendido en el régimen, mayor de 21 años, o por otro titular de fondo.

Cada titular no puede representar por delegación a más de dos. Corresponde a la asamblea comunal decidir sobre la eventual extensión de la Caja Mutual, en orden a las formas facultativas e integrativas previstas por el art. 4º, determinando los límites y la modalidad de actuación.

Dicha asamblea, se reúne ordinariamente una vez al año, para es-

## INFORMACIONES SOCIALES

cuchar el informe del Consejo Directivo sobre las actividades desarrolladas; y extraordinariamente cuando lo solicite un tercio de los miembros de la asamblea o la mayoría del Consejo.

Art. 19º — El Consejo Directivo, señalado en el art. 18, elige en su seno un presidente y un vicepresidente.

Corresponde a este Consejo:

- a) Aprobar el presupuesto de la Caja Comunal según la modalidad y términos indicados por la Caja Provincial;
- b) Determinar el monto de las cuotas previstos en la letra d) del art. 22º;
- c) Fijar la modalidad y límites de asistencia de competencia de la Caja Comunal, con base en las directivas generales de la Federación Nacional;

Los asuntos citados en las letras a), b) y c) deberán ser aprobados por la Caja Mutual Provincial. Entrarán en vigencia 30 días después de su aprobación, siempre que no surja comunicación o suspensión contraria de parte de la Caja Provincial.

El control de las gestiones de la Caja Comunal será efectuado por un Colegio Sindical compuesto por tres miembros activos y dos suplentes; un miembro activo será nombrado por la Junta de la Caja Mutual Provincial; dos activos y dos suplentes serán elegidos por la asamblea comunal. El Colegio elegirá en su seno al presidente.

Los cargos del Consejo Directivo y del Colegio Sindical se ejercerán por tres años, pudiendo sustituir sus miembros en el curso del trienio, por decadencia o dimisión.

Art. 20º — El Comité de acción de la Caja Mutua Comunal estará compuesto por un presidente, un vicepresidente y tres miembros elegidos por el Consejo Directivo.

Corresponde a este Comité:

- a) Regular el funcionamiento local de los servicios sanitarios y eventualmente farmacéuticos de la Caja Mutual Comunal.
- b) Preparar las cuentas provisionales y definitivas;
- c) Adoptar los procedimientos administrativos que sean necesarios a los intereses de la Mutual así como la revisión de los inscritos;
- d) Discutir sobre los recursos presentados en primera instancia en materia de prestaciones de competencia de la Caja Comunal;
- e) Discutir otros asuntos remitidos por el Presidente para examen del Comité.

Los asuntos citados en las letras a) y c) deberán ser aprobados por la Caja Provincial según las normas establecidas por el artículo precedente, por medio de su Comité Directivo.

Art. 21º — El Presidente de la Caja Mutual Comunal ejerce la representación legal de la Caja y supervigila su funcionamiento. Para ayudarlo, el Consejo Directivo nombra en su seno un secretario.

Cuando el Consejo lo considere oportuno, el secretario puede ser nombrado entre las personas no inscritas. En este caso el secretario participará en el Consejo con voto consultivo, únicamente. La organización de

## INFORMACIONES SOCIALES

la Caja Mutual Comunal estará regida por las bases fijadas por la Federación Nacional.

Art. 22º — El régimen se financia, mediante las siguientes contribuciones:

- a) Una contribución anual a cargo del Estado de 1,500 liras para cada agricultor y familiar, comprendido en la presente ley;
- b) Una contribución anual a cargo del fundo del trabajador directo sujeto al seguro obligatorio, fijada anualmente de conformidad con el Real Decreto Ley N° 2138 de Noviembre 28 de 1938 y posteriores modificaciones.
- c) Una contribución anual a cargo del fundo del trabajador directo sujeto al seguro, en la medida concurrente a obtener una contribución igual a la mencionada en la letra b).
- d) Cuotas eventuales a establecerse posteriormente, destinadas a cubrir en caso dado, un mayor costo de la asistencia médica general y la extensión de las prestaciones a la forma facultativa, salvo que el mayor costo dependa de epidemias u otros acontecimientos extraordinarios.

Art. 23º — La contribución del Estado, que se menciona en el inciso a) del artículo precedente, será abonada a la Federación Nacional de Cajas, en cuotas semestrales anticipadas, regulables al término de cada ejercicio sobre la base de las listas, señaladas en el art. 2º de la presente ley. Su distribución estará a cargo de la Federación misma entre las Cajas Provinciales en función al número de sus asegurados.

El Ministerio de Hacienda está autorizado para inscribir, como función propia, el estado de los gastos del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, los fondos necesarios.

Los gastos a cargo del Estado, en aplicación de la presente ley, por el ejercicio financiero 1954-55 sobre el importe previsto en nueve mil millones de liras, se efectuarán con una tasa alícuota proveniente de las modificaciones a la tarifa de venta al público de algunos tipos de tabacos elaborados, dispuesto por decreto del Presidente de la República N° 292 de 18 de junio de 1954.

El Ministro de Hacienda está autorizado para proveer por decreto propio las variaciones eventuales del balance.

Art. 24º — La contribución señalada en el inciso b) del art. 22, será cubierta de conformidad con las disposiciones contenidas en el Real Decreto Ley N° 2138 (28-II-938) y posteriores modificaciones. La misma será obtenida del Servicio por los contribuyentes agrícolas unificados, Entes de derecho público previstos por el decreto-ley N° 75 (8-2945) y abonada a la Federación Nacional de Cajas de Enfermedad, para los fines del art. 5º.

Tal contribución para el primer año de aplicación, se establece en doce liras por cada jornada de trabajo necesaria para el cultivo del fundo o para la cría y cuidado del ganado, por cada fundo concluido por trabajadores afectos al seguro.

Cuando el número de jornadas de trabajo por cada fundo, en el sentido del párrafo anterior, resulte menor a 80, la contribución se medirá por este límite mínimo. En todo caso el número de jornadas impo-

## INFORMACIONES SOCIALES

nibles por cada fundo no podrá superar la cifra de 150 por cada miembro del grupo familiar del trabajador. La contribución enunciada en el inciso c) del art. 22, se fija en 750 liras per cápita, durante el primer año de aplicación de la ley.

El monto de las contribuciones citadas en los incisos b), c) y d) del art. 22, podrán modificarse anualmente en relación al resultado de las respectivas gestiones.

La contribución señalada en el inciso c) del art. 22 será fijada y obtenida mediante el procedimiento previsto en el inciso b) del mismo artículo y abonado a las Cajas Provinciales para su devolución a las Cajas Comunales en función al número de sus respectivos asegurados.

La contribución del inciso d) del art. 22 será determinado por las Cajas Mutuales Comunales y obtenido por el mismo procedimiento que el inciso c).

Las contribuciones de los incisos b), c) y d) del art. 22 igualmente podrán ser abonadas por medio de cuenta corriente, de acuerdo con normas posteriores a establecerse por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social. En este caso los formularios para el depósito deberán ser solicitados del Servicio de Contribuciones Unificado de Agricultura.

Se faculta a los organismos de asistencia, abonar a las Cajas Comunales, en forma parcial o total la contribución per cápita debida por las familias de cultivadores directos en condiciones de particular estado de necesidad.

Art. 25º — Contra la aplicación de las contribuciones de los incisos b), c) y d) del art. 22, se admite recurso, de conformidad con las normas que le sean aplicables, de los artículos 8 y 11 del Real Decreto N° 1949 (24-9-1940).

Las decisiones sobre los recursos serán adoptadas, en lugar de las Comisiones previstas en el artículo 8º, por la Junta Ejecutiva de la Caja Mutual Provincial en primera instancia; y por la Junta Central de la Federación Nacional en segunda instancia.

En caso de variaciones en los fondos que comporten modificaciones o exclusiones de la obligación constitutiva, o en caso de duplicación o error material en la contribución, se admite demanda de descargo ante la Junta Provincial en el término de 180 días de las variaciones o modificaciones introducidas. Pasado este período, el descargo sólo tiene efecto desde la fecha de presentación de la demanda.

Art. 26º — Para el mejor cumplimiento de las funciones de las Cajas Mutuales, la Federación podrá utilizar los servicios constituidos del Instituto Nacional del Seguro de Enfermedad o de otros Institutos de Previsión y Asistencia, regulando las relaciones recíprocas mediante acuerdos, que deberán ser refrendados por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Las relaciones para los servicios entre la Federación y el Instituto Nacional del Seguro de Enfermedad u otros organismos de previsión podrán ser reguladas por decreto del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

La Federación podrá contratar con otros organismos, los servicios requeridos para sus fines asistenciales.

## INFORMACIONES SOCIALES

Art. 27º — De la obligación prevista en el art. 1º de esta ley, se excluyen los cultivadores directos que siendo al mismo tiempo aparceros, colonos, coparticipantes, asalariados y braceros, estén inscritos en la lista de trabajadores de agricultura y ya gocen, por tanto, de asistencia por enfermedad.

Art. 28º — La convocación de todos los órganos, de administración, de los Colegios Sindicales previstos y creados por esta ley, será efectuada por el Presidente o a pedido de un tercio de los miembros, un órgano o Colegio.

La convocación deberá indicar los puntos del orden del día y deberá ser expedida cuando menos ocho días antes de la fecha fijada para la reunión. En caso de urgencia el aviso de convocación, con indicación sumaria de la urgencia, deberá expedirse tres días antes de la fecha señalada.

Para la validez de las discusiones de los organismos de administración de las Cajas y Colegios, es necesaria cuando menos la presencia de la mitad de los respectivos miembros.

Las deliberaciones deberán adoptarse por mayoría de votos. En caso de igualdad prevalece el voto del Presidente.

Los cargos son gratuitos, a excepción de la eventual indemnización establecida para el Presidente Nacional y para los Presidentes Provinciales del Consejo Central.

Art. 29º — La elección de todos los cargos directivos, sea de la Comunal, Provincial o de la Federación se realizarán por voto directo y a escrutinio secreto.

La cédula debe contener los nombres de todos los candidatos presentados, con no menos del 5% de los electores, con un mínimo de 30 firmas.

El voto será válido siempre que no sea expresado por un número de candidatos superior al número de electores.

Resultarán elegidos los candidatos que hubieran obtenido el mayor número de votos.

La presentación de candidatos se hará ante el Presidente saliente de la Mutual, que acusará recibo. Ningún candidato puede aceptar la candidatura en más de una lista.

Pueden ser elegidos aquellos que, cumpliendo las condiciones previstas en esta ley, se encuentran inscritos en las listas electorales para las elecciones de la Cámara de Diputados.

La sustitución, por decadencia o renuncia de los miembros de un organismo elector, será efectuada mediante nueva elección que se realizará en ocasión de la primera asamblea anual.

Art. 30º — Dentro de 10 días de la entrada en vigor de la presente ley, el Ministro de Trabajo y Previsión Social nombrará el Comisario de la Federación Nacional de Cajas Mutuas de Trabajadores Independientes y una Comisión Consultiva Nacional integrada por el Director Central del Servicio de Contribuciones Unificadas, por el Director General de Previsión Social, por dos representantes de los cultivadores directos y por dos expertos en materia de previsión y de asistencia.

Dentro de 20 días de la vigencia de la presente ley, los Prefectos nombrarán en cada Provincia los Comisarios de las Cajas Mutuales Provin-

## INFORMACIONES SOCIALES

ciales y una Comisión Consultiva, integrada por el Director de la Oficina General de Contribuciones, por el Director de la Oficina Provincial de Trabajo, por los representantes de los cultivadores directos y por los expertos en materia de previsión y de asistencia, comunicando estos nombramientos al Comisario Nacional.

Art. 31º — Después de 45 días de vigencia de esta ley, las Comisiones Comunales citadas en el art. 2º, realizarán la recopilación de las listas de cultivadores directos con derecho a voto, en el sentido del art. 18.

Las listas serán fijadas en el registro comunal durante 15 días a cargo del Síndico de la Comuna.

Los recursos contra la inclusión o exclusión de nombres en las listas, deberán ser presentados al Comisario de la Caja Provincial dentro de los 20 días siguientes a su aparición.

Visto el parecer de la Comisión Consultiva, el Comisario podrá decidir en uno u otro sentido.

Art. 32º — El Comisario de la Caja Mutual Provincial de acuerdo con la Comisión Consultiva, establecerá las fechas para las elecciones del primer Consejo Directivo de la Mutual Comunal.

Dichas elecciones deberán realizarse dentro de los 3 meses siguientes a la entrada en vigor de la presente ley.

El Comisario de la Caja Provincial está facultado para enviar un delegado y asistir a las aplicaciones electoradas de las Cajas Comunales. En este caso el delegado presentará el informe respectivo.

Art. 33º — La presentación de listas de candidatos según lo dispuesto por el art. 29, deberá ser efectuada ante el Secretario de la Comuna, dentro de las doce horas del quinto día precedente a la fecha fijada para elecciones.

El secretario acusará recibo de dicha presentación convocando dentro de los dos días anteriores a las elecciones, a un representante de cada lista, para proceder a la formación de los comités electorales. Culminadas las operaciones electorales los presidentes de los comités reunidos en la oficina electoral, con la asistencia del Secretario de la Comuna, redactarán el desarrollo de las tareas electivas y proclamarán a los elegidos.

Las relaciones serán enviadas inmediatamente al Comisario de la Caja Provincial por medio del Secretario de la Comuna.

A igualdad de votos, será elegido el de mayor edad.

El primero de los elegidos convocará los consejeros elegidos dentro de 8 días para la nómina de los cargos previstos en los artículos 19 y 20 de la presente ley.

Art. 34º — El Comisario de la Federación Nacional, de acuerdo con la Comisión Consultiva Nacional, de conformidad con los principios y criterios directivos citados anteriormente, dictará todas las instrucciones necesarias para el desarrollo de las elecciones.

La asamblea para la elección del primer Consejo de las Cajas Provinciales será convocada por el Comisario Provincial dentro de los 4 meses siguientes a la entrada en vigor de esta ley.

## INFORMACIONES SOCIALES

La asamblea para las elecciones del primer Consejo Central de la Federación de Cajas Mutuales será convocada por el Comisario Nacional dentro de los 5 meses siguientes de la entrada en vigencia de esta ley.

Art. 35º — La contribución del Estado, citada en el inciso a del art. 22 se hará efectiva tres meses antes de la vigencia de esta ley.

El pago de las contribuciones, enunciadas en los incisos b y c del art. 22 se iniciará el 1º de enero de 1955.

El otorgamiento de prestaciones comenzará a partir del 91º día de la entrada en vigor de la presente ley. Las prestaciones que se mencionan en los incisos a y d del art. 3º, se otorgarán a partir del 121º día.

Art. 36º — La vigilancia de la aplicación de esta ley estará a cargo del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

El Ministro de Trabajo y Previsión Social, puede ordenar inspecciones e investigaciones sobre el funcionamiento de la Federación Nacional y de las Cajas Provinciales y Comunales y de sus respectivos servicios.

Mediante decreto del Presidente de la República a propuesta del Ministro de Trabajo, salvo lo dispuesto en el inciso h) del art. 14, puede ser disuelto el Consejo Central de la Federación Nacional y el Consejo Directivo de las Cajas Provinciales, nombrando un Comisario Extraordinario para cada organismo.

Por el mismo decreto se fijarán las atribuciones y poderes de dicho Comisario.

Art. 37º — La presente ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Italiana.

---

Publicada en la Gaceta Oficial de la República Italiana, Año 95, N° 285, 13/12/1954, págs. 4, 018-4,024.

# Biblioteca de la Caja Nacional de Segura Social

## PUBLICACIONES RECIBIDAS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE 1955

### 1) ORGANISMOS INTERNACIONALES

#### a) Naciones Unidas

Boletín Mensual de Economía y Estadística Agrícolas; 1954: vol. III N° 12 dic.; 1955: vol. IV, N° 3 marzo.

Ten Years of Publications 1945 to 1955, New York.

Unicef para los Niños; (Noticiero del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia); Lima, 1955 marzo-abril, junio.

#### b) Organización Internacional del Trabajo

Constitución de la OIT; Reglamento de la Conferencia de Ginebra, 1955.

38a. Ginebra, 1955; Informaciones y Memorias sobre la Aplicación de Convenios y Recomendaciones, Ginebra, OIT, 1955; Informe III parte II.

38a. Ginebra, 1955; Resumen de las Memorias sobre los Convenios Ratificados; (Art. 22 y 35 de la Constitución) Ginebra, OIT, 1955, Informe III, parte I.

39a. Ginebra, 1955; Condiciones de Vida y de Trabajo de las Poblaciones Indígenas en los Países Independientes; Ginebra, OIT, Novena Reunión, 1956, Informe VII.

39a. Ginebra, 1955; Descanso Semanal en el Comercio y las Oficinas, OIT, Informe VII, (1).

39a. Ginebra, 1955; Trabajo Forzoso, OIT, Informe VI, (1).

Informaciones Sociales; OIT, Ginebra, 1955, junio 15, vol. XIII N° 12. Noveno Informe de la Organización Internacional del Trabajo a las Naciones Unidas; Ginebra, 1955.

Revista Internacional del Trabajo; Ginebra, 1955 OIT, mayo N° 5.

Revista Internacional del Trabajo; (Primera Conferencia Regional Europea) Ginebra, 1955.

Serie Legislativa; Ginebra, 1955 OIT; marzo-abril.

Seguridad e Higiene en el Trabajo; Ginebra, 1955 OIT; enero-febrero.

## INFORMACIONES SOCIALES

### c) Organización Mundial de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; OMS, Washington, 1955, marzo, N° 3, abril, N° 4.

Rapport Epidémiologique et Demographique; Geneve, 1954, vol. 7, N° 6.

### d) Asociación Internacional de la Seguridad Social

Boletín de la A.I.S.S. Ginebra, 1950. Año III Nos. 10 y 11, oct.-nov. <sup>7 6N</sup>

A. I. S. S.; Quinta Reunión de la Mesa Directiva; Florencia, mayo 31, junio 1° de 1955; Resumen de las Decisiones. (Confidencial).

A. I. S. S.; Liste de la Législation récente de Sécurité; Austria, 1955, junio 1°.

A. I. S. S.; Comité de Expertos sobre el Seguro de Desempleo, 2° Reunión; Estocolmo, 1955, mayo.

A. I. S. S.; Liste de la Législation récente de Sécurité Sociale; 1955, junio 1°.

Crónica; A. I. S. S.; Ginebra, 1955, abril N° 4, mayo N° 5.

Médico-social committee; Tercera Reunión, Tivon, Israel, 1954, nov. ISSA/MSO/III.

Seguridad Social; AISS, CISS; México, D. F., 1955, enero-marzo N° 14, abril N° 15, año IV.

### e) Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Resoluciones adoptadas por la V Conferencia; Caracas, 1955; marzo; Suplemento a los Cuadernos Nos. 9, 10 y 13.

Informes de las Comisiones "A", "B" y "C" del Seminario de Seguridad Social; (Panamá 1954) Cuaderno N° 11. Tercer Seminario; México, 1954.

### f) Organización de los Estados Americanos

Informe Epidemiológico Semanal; Washington, 1955; agosto-set. Nos. 34, 36.

Educación Social del Trabajador; OEA, Washington, 1955, julio N° 5.

## 2) PUBLICACIONES PERIODICAS EXTRANJERAS

ARGENTINA.—Boletín de Informaciones Sociales; 1955, julio N° 22.

La Ley, Buenos Aires, 1955: jun.: 11, 14, 15, 16, 21, 22, 25; jul.: 4, 5, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 27, 28, 29; agosto: 2, 3, 4.

La Libertad y las Relaciones Internacionales; Buenos Aires, 1955, mayo.

Revista de Obras Sanitarias de la Nación; Buenos Aires, 1955, mar-abr. N° 162.

Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales; Buenos Aires, 1955, enero-abril, año X. N° 42.

Suplemento de la Síntesis Estadística Mensual de la República Argentina; 1955, febrero, año IX.

## INFORMACIONES SOCIALES

- AUSTRIA.—Soziale Sicherheit, Wien, 1955; jun-jul.
- BELGICA.—Archiva Médica; Bruxellas, 1955; vol. 10, Nº 2.  
 La Mutualité Professionnelle; Bruxellas, 1955, juillet Nº 3.
- BRASIL.—Conjuntura Económica; Río de Janeiro, 1955, junho, jul.  
 Nos. 6-7.  
 Revista Brasileira de Economía; Río de Janeiro, 1954, dezembro.  
 Revista de Trabalho; Río de Janeiro, 1955, janeiro-fev.-março y abril.
- COLOMBIA.—Anales de Economía y Estadística; Colombia, 1952 oct.-dic., Nº 76.  
 Anuario General de Estadística; Colombia: 1949, 1951, 1952.  
 Anuario Municipal de Estadística; Bogotá: 1952.  
 Boletín Económico; Bogotá: 1955, agosto Nº 3; 1953.  
 Boletín de la Cámara de Comercio de Bogotá; 1955; Nos.: 825-827, julio; Nos.: 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, agosto.  
 Boletín Mensual de Estadística; Bogotá, 1953: jun. jul. set. oct. nov. dic.; 1954: abril, jun. set. dic.; 1955: abril, mayo, jun. jul. agosto.  
 Censo de Población de los Departamentos de: Cauca, Boyacá y Choco; 1951.  
 Censo de Población; República de Colombia, 1951.  
 Economía y Estadística; 1953: ene. jun. jul. dic.; 1954: jul. dic.  
 Universidad Pontificia Bolivariana; Medellín-Colombia; 1955: feb. mar. abril.
- CUBA.—Arquitectura, La Habana; 1955, marzo.  
 La Voz de Cuba en Ginebra y Petrópolis; La Habana, 1955.  
 Vida Universitaria; La Habana, 1955; Nos. 56, 57 y 58.
- CHILE.—Boletín Estadístico, 1954: ene. feb. mar. abril may. jun. jul. agos. set. nov.  
 Servicio Social; 1955: enero-abril.
- ECUADOR.—Boletín de Informaciones y Estudios Sociales y Económicos; Índice Analítico; Quito, 1953, Nº 1-59. 1954: enero, junio, julio y diciembre.  
 Instituto Nacional de Previsión; Quito; Breve Síntesis de su Organización, Financiamiento, Beneficios e Inversiones; Quito, 1955, 2ª edición.
- ESPAÑA.—Acción de la Seguridad Social Iberoamericana; Madrid, 1955; jul-agos.  
 Conferencia Nacional de Entidades de Previsión Social; Memoria; Madrid, 1954.  
 Estudios Americanos; Sevilla, 1955, mayo, Nº 44.  
 Medicina y Seguridad del Trabajo; Madrid, 1955, abril, junio, Nº 11.  
 Revista del Trabajo; 1955, marzo: Nos. 1, 2, 3, 4.  
 Revista Iberoamericana de Seguridad Social; Madrid, 1955, ene.-feb. Nº 1. Índice 1954.
- ESTADOS UNIDOS.—Estadística Sanitaria; 1955, enero-marzo Nº 1.  
 Life Insurance Fact Book New York, 1955.  
 Life Insurance News Data; New York, 1955.  
 Los Hombres libres en sus trabajos, U. S. A., 1955.  
 Marriages and Divorces each state and territory and specified U. S. and Welfare.

## INFORMACIONES SOCIALES

- Mortality from each Cause U. S. A.; 1951-1953.  
 Money-Matters N. Y., 1955 june.  
 Servicios Públicos N. Y.; 1955, julio.  
 Social Security Bulletin, Washington, 1955, Nos. 6-7.  
 The Social Security Act. The First Twenty Years, 1955.  
 FRANCIA.—Bulletin D'Information de la Mutualité Agricole; Paris, 1955, N° 36.  
 Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Social, Paris, 1955, mai-juin, Nos. 6-7.  
 Informations Sociales; Paris, 1955, juillet.  
 Informations Sociales; Orientations du Travail Social; Paris, 1955, jun.  
 Revue de la Sécurité Sociale; Paris, 1955, juin.  
 INGLATERRA.—Government Publications; London, 1955, may.  
 Social Work; London, S. W.; 1955, june: 18-25; july: 2, 16, 23, 30; agosto: 6-13.  
 ITALIA.—I Problemi del Servizio Sociale; Roma, 1955, marzo-aprile.  
 La Previdenza Sociale nell'Agricoltura; Roma, 1955: maggio-giugno.  
 Previdenza Sociale; Roma, I. N. P. S.; 1955; marzo-aprile.  
 Rivista Degli Infortuni e Delle Malattie Professionali; Roma, 1955, mar-apr.  
 MEXICO.—Civitas, Monterrey N. L.; 1955, mayo-junio, N° 89-90.  
 Salubridad e Higiene; Jalapa, México, 1954: set. oct. nov. dic.  
 NICARAGUA.—Boletín Cámara Nacional de Comercio e Industrias, Managua; 1955, feb-abril.  
 PANAMA.—Extracto Estadístico; Panamá: 1947-1948-1949.  
 REPUBLICA DOMINICANA.—Comercio Exterior, Resumen; República Dominicana; 1954: Nos. 9-12.  
 Seguridad Social; Ciudad Trujillo; 1955, mayo-junio, N° 43.  
 URUGUAY.—Boletín, Censo y Estadística; Montevideo, 1954, nov. dic. Nos. 615-16.  
 Revista de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Industria y el Comercio; Montevideo, 1954, oct-dic., N° 25.  
 VENEZUELA.—Boletín de la Cámara de Comercio de Caracas; 1955, Nos. 498-99-500.  
 Boletín Mensual de Estadística; 1955, feb., N° 2.  
 Educación; Caracas, 1955 junio, N° 77.  
 Gaceta Oficial; Caracas, 1955; mayo: 6, 9, 10, 11, 12, 13; junio: 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24; junio-julio Nos. Ext.: 780, 781, 782, 783, 784, 785.  
 Notas Estadísticas; Caracas, 1955, feb-marzo, Nos. 63-64.  
 Revista Nacional de Cultura; Caracas, 1955, marzo-abril, N° 109.  
 Revista del Trabajo; Caracas; 1954: oct-dic., N° 17; 1955: enero-marzo, N° 18.

## 3) LIBROS Y FOLLETOS

- Barber, R. J.**, Alimento para todos los niños del Mundo, 1954; New York.  
**Castro, Josué de**, Geografía del Hambre (Peuser, Buenos Aires).  
**Cohen, Emmeline W.**, English Social Service, London, 1949.

## INFORMACIONES SOCIALES

- Beveridge, William H.: La Ocupación Plena, México.  
Diccionario Enciclopédico UTEHA; Diez Tomos.  
General Policy Statement: Export-Import Bank of Washington, 1955,  
july.  
Einzig, Paul, Inflation, London, 1952; (Chatto and Windus).  
Hazlewood, Arthur; The Economies of "Under-Developed" areas, London.  
López, Dominovich A., Atlas del Perú, 1952.  
Manchée, Dorothy; Social Service in a General Hospital, 1947.  
Nineteenth Semiannual Report Congress; Export-Import Bank of  
Washington.  
Somers, Harold M., Finanzas Públicas e Ingreso Nacional, México, 1954.  
Prado Pérez, Laureano, Clasificación ocupacional de Cuba, La Habana,  
1955.  
Peacock, Alan T., Income Redistribution and Social Policy, London, 1954.  
Peacock, Alan T., The Economice on National Insurance, London, 1952.  
Robson, William, A., The Relation of Wealth to Welfare,, London, 1924.  
Scott, H. M., Curso Elemental de Economía; México.  
The Milbank Memorial Fund Quarterly; N. Y. 1955: jan, april, jul. N°  
1-2-3.  
Zamora, Francisco; Tratado de Economía; México, 1955.

## 4) PUBLICACIONES PERIODICAS NACIONALES

- Actualidad Económica; Lima, 1955, julio.  
Anales de la Cruz Roja Peruana; Lima, 1953; N° 56.  
Banco de Crédito del Perú. Lima, Balance General al 31/12/1954.  
Banco Wiese Ltda. Lima; Memoria y Balance General 1954.  
Boletín Mensual de la Cámara de Comercio de Lima, 1955, junio.  
Boletín de la Caja de Depósitos y Consignaciones, Departamento de Re-  
caudación. Lima, 1954: nov-dic.; 1955, enero.  
Boletín de la Escuela Nacional de Ingenieros, Lima, 1955: abril-mayo-  
junio.  
Boletín Semanal de la Cámara de Comercio de Lima, 1955: agosto: 3,  
10, 17,  
Censo Industrial del Perú (Separata de la Rev. Industrial Peruana);  
Lima, 1955; junio.  
Corporación de Comerciantes del Perú, Lima, 1955; julio.  
CORPAC; Memoria, Lima, 1954.  
Centro de Medicina Preventiva del Rímac, Lima, (10º Aniversario, 1945-  
1955).  
Diario de Debates de la Cámara de Diputados, Lima, 1950: tomo II;  
1954: tomo I.  
Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social; Lima, Leyes: 11672-12078  
y disposiciones reglamentarias.  
Industria Peruana, Lima, 1955, junio.  
Informativo Agropecuario. Lima, 1955: feb, mayo, jul. agosto.  
Informaciones y Memorias de la Sociedad de Ingenieros del Perú, Lima,  
1954: julio-diciembre.  
NAP. Nueva Acción Peruana, Lima, junio.  
Peruvian Times, Lima, 1955; august: 5-12-19.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Ministerio de Hacienda y Comercio, Dirección General de Estadística.**

Índice del costo de la vida y de los precios de los artículos de consumo, al por mayor y al por menor durante los meses de mayo y julio; en Lima, Callao y Balnearios.

**Revista de la Sanidad de Policía.** Lima, 1955: marzo-abril.

**Revista de Jurisprudencia Peruana.** Lima, 1955: junio-julio.

**Superintendencia de Bancos.** Lima, Memoria y Estadística. 1954.

**La Voz del Ciego.** (Asociación de Ciegos del Perú), Lima, 1953: set. 23; Nov. 7.

# INFORMACIONES

# SOCIALES



AÑO X Octubre - Noviembre - Diciembre - 1955 No. 4

Publicación Trimestral de la

Caja Nacional de Seguro Social del Perú

# *INFORMACIONES SOCIALES*

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

# 4

# S U M A R I O

	Pág.
La Inflación, sus causas y sus peligros, por <i>Rómulo A. Ferrero</i> ...	3
El Seguro Social en el campo, por <i>Antonio Ortiz Mena</i> ...	20
Apuntes de Historia de la Seguridad Social en Europa, por <i>José Gálvez Jaime</i> ...	25
El Seguro de Vejez, por <i>Jorge A. Valcárcel</i> ...	33
Boletín Institucional ...	44
Información Nacional ...	49
Información Extranjera ...	60
Legislación Social Extranjera ...	71
Biblioteca de la C.N.S.S. ...	75

—oO—

AÑO X

Octubre-Noviembre-Diciembre, 1955

Nº 4

## PUBLICACION TRIMESTRAL

Redacción y Administración:

CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

Departamento de Estudios Sociales y Económicos

Av. Nicolás de Piérola Nos. 1100-1112-1124

Casilla Nº 1311

**LIMA**

**PERU**

La Caja Nacional de Seguro Social, no se hace responsable de las  
opiniones expuestas en los artículos firmados.

# La inflación: sus causas y sus peligros

Por ROMULO A. FERRERO

La inflación constituye uno de los peores males económicos y sociales, que acecha constantemente a muchos países latinoamericanos, cuando no actúa ya en forma declarada. Tiene, por esto, gran importancia conocer la naturaleza de este proceso, las causas que lo originan y sus consecuencias. El presente trabajo está encaminado a estos objetivos, sin pretender, desde luego, hacer un estudio exhaustivo de la cuestión, lo que exigiría no uno, sino varios volúmenes.

## EN QUE CONSISTE LA INFLACION

Ante todo, es necesario saber qué se entiende por inflación, para poder identificar el proceso. No existe acuerdo general entre los economistas sobre la definición de la inflación, aunque sí lo hay sobre sus consecuencias e inconvenientes. Esto se debe a que algunos consideran como inflación la causa del proceso y otros el proceso mismo, pero, en todo caso, la diferencia no afecta el fondo de la cuestión, ya que lo que interesa es evitar que se produzca el proceso desfavorable que caracteriza la inflación.

No vamos a tratar de reproducir aquí todas las definiciones que se han dado de la inflación, sino tan sólo citar las principales de ellas. Para algunos, la inflación está constituida por un exceso de la demanda de bienes y servicios sobre la oferta de ellos a los precios vigentes; para otros está constituida por un exceso de poder adquisitivo; otros la definen como un aumento de los medios de pago, en exceso del incremento de los bienes y servicios que se adquieren con aquellos; finalmente, para otros la inflación está constituida por una situación en la cual los precios suben continuamente y con intensidad.

Como puede verse, las tres primeras definiciones se refieren a las causas del proceso, mientras que la última se fija en el proceso mismo. Precisamente por esta diferencia algunos economistas prefieren una definición, mientras que otros prefieren otra. Así, los economistas más ortodoxos, como Ludwig von Mises, para citar el más destacado de ellos, insisten en definir la inflación como un aumento excesivo de los medios de pago, basándose en que en esta forma no cabe error ni confusión algu-

## INFORMACIONES SOCIALES

na sobre el origen del mal, lo que permite señalarlo desde que se inicia y ponerle remedio a tiempo. En cambio, otros prefieren subrayar no la causa sino la manifestación misma del proceso, o sea la subida de los precios, sin desconocer, desde luego, cuál es su origen. Hay, también, quienes prefieren hablar de la inflación como un estado en el cual hay exceso de la demanda sobre la oferta de bienes y servicios a los precios vigentes, porque ese exceso es el que provoca el crecimiento de los medios de pago, y, también, porque en ciertos casos el exceso de demanda no llega a manifestarse todavía en una subida de los precios, debido a la existencia de medidas de control, racionamiento, etc., constituyendo así un estado de inflación latente o reprimida, a diferencia de la situación en la cual los precios suben, o sea la inflación declarada.

Personalmente, prefiero definir la inflación como un estado de cosas caracterizado por una subida sostenida y apreciable de los precios, porque, sin desconocer la importancia fundamental que tiene comprender claramente las causas del proceso, me parece que es todavía más importante subrayar el proceso mismo de subida de precios, porque él es el que ocasiona las nocivas consecuencias económicas y sociales que hacen temible a la inflación, y porque esa subida de precios constituye un índice inequívoco de la existencia del proceso. En todo caso, la definición es secundaria si se tiene siempre presente la relación entre el proceso y sus causas; y aún se puede emplear algunas veces una definición y otras veces otra, según convenga al caso.

### CAUSAS DE LA INFLACION

La causa de la inflación está constituida por un exceso de la demanda de bienes y servicios, sobre las ofertas de éstos disponibles a los precios vigentes. Tal exceso puede tener su origen ya sea en el sector privado de la economía, (sería mejor decir en los sectores privados), ya sea en el sector público, esto es, en el Gobierno, y, desde luego, también puede originarse simultáneamente o sucesivamente en ambos sectores. Ese exceso de demanda expresa en buena cuenta el deseo de obtener una parte de la renta nacional real, o sea de los bienes y servicios que la constituyen, superior a la que corresponde al sector del cual se trata, lo cual sólo es posible si los otros sectores consienten o se ven obligados a reducir su participación. No siendo así, el exceso de demanda presiona la oferta y hace subir los precios.

En una economía monetaria, como la moderna, la oferta y la demanda de bienes y servicios se ejerce por intermedio de la moneda, que es el medio general de cambio, aparte de sus otras funciones de medida de valores y reserva de poder adquisitivo. Por tanto, la manifestación primera de un exceso de demanda es el aumento de la moneda, o en forma general, de los medios de pago, que incluyen no sólo la moneda de curso legal (billetes del Banco emisor), sino, además, los depósitos de retiro inmediato que se utilizan por medio de cheques (dinero giral). Es por esto que no puede haber inflación si no hay previamente un aumento de los medios de pago desproporcionado con el volumen de bienes y servicios disponibles, salvo el caso más bien raro de que hubiera de pronto una

## INFORMACIONES SOCIALES

reducción en este volumen. De aquí que muchos economistas, como von Mises, definan la inflación como un aumento injustificado de los medios de pago.

Si deseamos ser más exactos, el exceso de demanda puede expresarse no sólo mediante un aumento del monto de los medios de pago, sino, también, por un incremento de su velocidad de circulación, cuyos efectos son equivalentes. En uno y otro caso, y más aún si se unen ambos factores, se produce un aumento del flujo o corriente monetaria que actúa sobre los precios; y, en realidad, la experiencia demuestra que el incremento del volumen de los medios de pago llega a inducir más tarde el de la velocidad de circulación, cuando son visibles e intensos los efectos sobre los precios, acentuando así el proceso.

Ahora bien, hay que preguntarse por qué se origina tal exceso de demanda, ya sea en el sector público, ya sea en los sectores privados de la economía de un país. En el primer caso se debe a que el Gobierno gasta una cantidad superior a la que recibe por concepto de impuestos y otras contribuciones, y de empréstitos suscritos con los ahorros del público, esto es, con lo que éste deja de gastar. En esta situación, el Gobierno recurre, para cubrir sus gastos, a préstamos del Banco Central o préstamos de los Bancos Comerciales, lo que significa una creación adicional de medios de pago que no está acompañada ni respaldada por el incremento de la producción económica, creándose así un desequilibrio entre la oferta y la demanda de los bienes y servicios, que hace subir sus precios. El aumento de los gastos del Gobierno puede deberse tanto a los gastos de consumo cuanto a los de inversión, esto es, ya sea a los gastos puramente vegetativos para la marcha de la administración pública, o, también, a los gastos destinados al desarrollo económico del país, esto es, gastos de inversión o capitalización, en obras públicas de distinta naturaleza (camino, irrigaciones, escuelas, hospitales, viviendas, proyectos de energía, proyectos industriales, etc., etc.).

El exceso de gastos de los sectores privados del país puede ser de origen interno, o, por decirlo así, espontáneo, pero también puede ser de origen externo, o, por decirlo así, impuesto desde afuera de este sector. Hay exceso de origen interno cuando los sectores privados, llámense agricultura, minería, industria, comercio, servicios, etc., esto es, las actividades productivas desean gastar más de lo que sus ingresos les permiten, tratando de financiar inversiones, incluyendo acumulación de inventarios o stocks de mercaderías, por medio del uso del crédito bancario, en lugar de financiarlos con los ahorros propios, esto es, las utilidades no distribuidas, o ahorros ajenos, es decir, colocando en el mercado nuevas acciones y bonos, que son cubiertos con los ahorros del público. También hay exceso de origen interno de parte del público consumidor cuando éste gasta más de lo que sus ingresos le permiten, haciendo uso exagerado del crédito mediante el sistema de venta a plazos. Este exceso se transmite a los sectores productivos y al comercio, que reciben la influencia de la mayor demanda ejercida por el público sobre los bienes y servicios que ellos ofrecen.

El exceso de la demanda de los sectores privados es de origen externo cuando las actividades productivas ven aumentados sus costos de

## INFORMACIONES SOCIALES

producción, vale decir sus gastos, como resultado de la elevación de los impuestos, (esto es, el deseo del Estado de aumentar su participación en la renta nacional), tanto los indirectos cuanto los directos, porque estos últimos en muchos casos se trasladan incorporándose de hecho a los costos de producción y a los precios. Cosa semejante ocurre con los aumentos de salarios y de las cargas sociales, (esto es, el deseo de aumentar la participación de los trabajadores), especialmente importante en nuestra época, aumentos no acompañados de una mayor productividad y cuyos efectos económicos son semejantes a los de los impuestos. Al elevarse los costos los productores recurren en mayor escala al crédito, y la excesiva expansión de éste y de los depósitos, aumenta los medios de pago.

El proceso de inflación se hace muy grave cuando uno o varios de los sectores económicos insiste continuamente en su propósito de obtener una mayor participación en la renta nacional. Así, si el Gobierno o los productores efectúan inversiones y gastos superiores a sus ingresos, hacen subir los precios, pero entonces los trabajadores demandan aumentos de sus remuneraciones para compensar dicha subida, esto es, para mantener intacta su participación en la renta real. Si los primeros sectores insisten en su propósito y tratan de neutralizar este aumento de salarios con una nueva subida de precios, ésta provoca una nueva alza de salarios; y así sucesivamente. Esto es lo que constituye la espiral de los precios y salarios, que suben unos después de otros tratando de defender cada uno los intereses del sector que representa. Esta espiral también puede comenzar del lado de los salarios (incluyendo los beneficios sociales), cuando son las pretensiones excesivas de éstos las que determinan el aumento de los precios, que es la forma cómo los productores tratan de mantener sus ingresos reales, lo que a su turno acarrea nueva subida de salarios si se insiste en las pretensiones excesivas de éstos, lo que vuelve a incidir sobre los precios y así sucesivamente.

Como se dijo anteriormente, y es importante subrayar, el exceso de demanda sólo puede manifestarse por intermedio de la moneda o, en forma general, de los medios de pago existentes. Por lo tanto, si no hay expansión de éstos, no podrá haber aquel exceso, esto es, no llegará a producirse porque el intento de hacerlo tropieza con la valla insalvable de la falta de medios de expresión; en otras palabras, no llegará a crearse el poder adquisitivo, tal vez sería mejor decir los medios adquisitivos necesarios. Esto indica que sólo puede haber inflación si hay aumento del medio circulante, porque en último análisis el crédito bancario y su contrapartida que son los depósitos, sólo pueden aumentar en función del primero, dado que existe una relación, generalmente de carácter legal, entre el monto del circulante en poder de los bancos, o encaje, y el monto de los depósitos que ellos pueden tener.

Esta última comprobación es particularmente interesante, porque, de un lado, subraya el rol decisivo y la responsabilidad de la banca central e instituto emisor, y secundariamente de los bancos comerciales y, de otro lado, porque pone de manifiesta una de las razones que ha permitido en los tiempos actuales la generalización de la inflación, a saber, la independización del medio circulante respecto de las reservas o respaldo de oro del instituto emisor.

## INFLACION DE ORIGEN EXTERNO

Hay un caso especial en el cual la inflación no es endógena sino exógena, esto es, producida desde fuera del país. Tal es el caso de una subida rápida e intensa de los precios de las exportaciones, como ocurrió al iniciarse la guerra de Corea, que da lugar a un saldo positivo muy importante de la balanza de pagos. Al ser adquiridas por el Banco Central, o por los bancos comerciales, el oro y/o las divisas correspondientes a este saldo, se produce una fuerte expansión del circulante y luego de los depósitos, esto es, de los medios de pago en general, que no tiene contrapartida en un incremento simultáneo de los bienes y servicios disponibles. La consecuencia es una elevación de los precios en el interior del país del cual se trata, por el aumento de la demanda.

Este fenómeno es particularmente importante en los países como los latinoamericanos en los cuales las exportaciones tienen una gran importancia económica, por constituir una proporción considerable de la renta nacional, y por ser de gran magnitud respecto del medio circulante. Resulta de esto que un gran incremento de su valor determina un aumento muy fuerte de los medios de pago internos, salvo que se adopte medidas especiales para esterilizar tal aumento (por ejemplo, congelar una parte durante un cierto período, o absorberla mediante impuestos, dejando el producto de éstos inactivo), lo que es más bien raro. Se produce así un proceso de inflación que parte del sector de los exportadores, pero que se va difundiendo por toda la economía porque la subida de los precios internos (bienes y servicios, inclusive sueldos y salarios) constituye la forma como se redistribuye en el país el aumento de la renta que originalmente han recibido los primeros. El aumento original de los ingresos de los exportadores provoca un incremento varias veces mayor de la renta nacional (nominal), en virtud del efecto multiplicador.

Este proceso de aumento de demanda general provoca, como es natural, también aumento de las importaciones con tanta mayor rapidez e intensidad cuanto mayor sea la importancia del aumento original del valor de las exportaciones y la de la propensión marginal a consumir importaciones. Estas dos condiciones se juntan en el caso de los países latinoamericanos, que son subdesarrollados, de modo que las importaciones aumentan rápidamente y desaparece el saldo positivo de la balanza comercial y de pagos que inició todo el proceso. Y, si se deja que éste adquiera proporciones muy grandes, y si más tarde descende el valor de las exportaciones, se presenta el fenómeno opuesto, o sea, el déficit de la balanza comercial y de pagos, que conducen al agotamiento de las reservas monetarias, a la presión sobre el tipo de cambio y, al final, la devaluación o la adopción del control, si no lo hay, o su intensificación, si ya existe.

Conviene señalar, de paso, que la subida de los precios de las exportaciones en mayor proporción que la de las importaciones (o sea, el mejoramiento de los términos reales del comercio exterior), permite obtener a cambio de las primeras una mayor cantidad de las segundas, o sea que aumenta la renta nacional real, porque se pone a disposición de la población mayor cantidad de bienes y servicios. Este efecto ha sido

## INFORMACIONES SOCIALES

muy marcado en nuestros países en los últimos años, y debe ser aprovechado justamente para aumentar el ahorro y la capitalización nacional, en vez de dejarlo disiparse en la forma de un mayor consumo consiguiente a un proceso de inflación.

### RAZONES POR LAS CUALES SE HA DIFUNDIDO LA INFLACION

Del análisis anterior de las causas de la inflación resulta claro deducir las razones por las cuales este proceso se ha generalizado tanto en el mundo contemporáneo. Tal vez será conveniente enumerar las principales a continuación:

1.—Finanzas públicas desequilibradas, dejando déficits que son cubiertos con préstamos del Banco Central y/o de los bancos comerciales, esto es, con creación de poder adquisitivo adicional no respaldado por aumento de la disponibilidad de bienes y servicios. Este desequilibrio puede deberse a alguna de las siguientes causas:

- a) Crecimiento exagerado de la burocracia y de los gastos simplemente vegetativos de la administración pública;
- b) Pago de subsidios a los alimentos básicos, con el objeto de mantener artificialmente bajos sus precios, para contener la subida de salarios y remuneraciones;
- c) Gastos de capitalización que exceden los recursos fiscales;
- d) Gastos extraordinarios motivados por una guerra o calamidad pública; y
- e) Gastos extraordinarios de reconstrucción, después de una guerra.

2.—Afán de lograr rápidamente el desarrollo económica en los países atrasados, que conduce a la ejecución de obras que no están financiadas sanamente. Es, en realidad, el mismo caso señalado en el inciso c) del punto anterior, pero merece especial relieve por tratarse de un fenómeno característico de la época presente que afecta a un numeroso grupo de países, principalmente en América Latina y el Oriente. Se trata de hacer inversiones que superan el ahorro nacional, lo que dicho sea de paso constituye otra definición de la inflación: exceso de inversión respecto del ahorro (ex-ante).

3.—Tributación excesivamente pesada, como resultado del crecimiento desmesurado de las actividades del Estado, el cual trata de absorber una proporción excesiva de la renta nacional. Esto provoca una subida de precios, porque todo aquel que sufre un aumento de impuestos trata de defenderse trasladándolo, esto es, elevando los precios de los bienes y servicios que proporcionan. Es así como hay opiniones autorizadas (Colin Clark) según las cuales cuando los impuestos exceden del 25% de la renta nacional, es inevitable la inflación. Los contribuyentes se defienden subiendo los precios, y el Estado ve frustrado su propósito, porque sus

## INFORMACIONES SOCIALES

mayores ingresos nominales no llegan a asegurarle una parte más grande de la renta nacional.

4.—Legislación social excesivamente ambiciosa y liberal, ya sea en lo que se refiere a los salarios, ya sea en lo que se refiere a otras formas de pago, directo o indirecto, inmediato o diferido, del trabajador. En realidad, esta legislación persigue redistribuir la renta nacional a favor de los trabajadores, pero esto sólo es posible en medida muy limitada, porque dicha participación depende fundamentalmente de la productividad del trabajo. El resultado es, como en el caso de los impuestos, que se traslada la carga económica que representan las leyes sociales, aumentando los costos de producción y elevando los precios. Tampoco se logra aumentar la parte de la renta nacional que va a las clases trabajadoras.

5.—Política económica inspirada en el propósito de mantener a toda costa el empleo pleno, lo que en la práctica significa expansión monetaria y crediticia, bajos tipos de interés, aumento de los gastos fiscales, estímulo a las inversiones y a los gastos de consumo, esto es, en resumen, incremento de la demanda general de bienes y servicios. El recuerdo de la grave crisis de desocupación sufrida por los países industriales a raíz de la depresión mundial de 1930, y en algunos casos aún antes de ella (Inglaterra) ha impelido adoptar como primer objetivo de la política económica el mantenimiento del empleo pleno, siendo el economista británico ya fallecido Lord Keynes el inspirador y patrocinador de esta política.

6.—El abandono del patrón de oro ha eliminado la disciplina obligada que él significaba para la política económica de un país. Bajo este sistema, el medio circulante sólo podía crecer en la medida que aumentaban las reservas áureas que lo respaldaban en una proporción fija; y el crédito bancario se encontraba limitado por el volumen de medio circulante que le sirve de base. El monto de los medios de pago de un país no podía variar así al arbitrio de los Gobiernos y de las instituciones de crédito bancario, sino de acuerdo con el estado de la balanza de pagos. Este sistema fué abandonado definitivamente en casi todos los países después de la crisis del año 1930, para dar independencia a la política económica y monetaria de cada uno, pero sin que se haya podido reemplazar el freno que representaba sobre el volumen de los medios de pago.

No puede discutirse la evidente relación que existe entre los factores anteriormente mencionados y la generalización de los procesos inflacionistas en el mundo contemporáneo. El crecimiento desmesurado de las actividades y atribuciones del Estado; la intensificación de la carga tributaria; la creciente preocupación por acelerar el desarrollo económico; la legislación social cada vez más ambiciosa; la consagración del empleo pleno como meta primordial de la política económica; y el abandono del patrón de oro han coincidido con la extensión que han alcanzado en los últimos tiempos los procesos de inflación, prácticamente en todas partes del mundo.

## INFORMACIONES SOCIALES

### EFFECTOS DE LA INFLACION

La inflación tiene efectos profundos sobre toda la economía de un país y también sobre la situación social. Esos efectos pueden agruparse en la siguiente forma:

- 1) Efectos sobre la distribución de la riqueza y de la renta nacionales;
- 2) Efectos sobre la producción económica;
- 3) Efectos sobre la inversión y sobre los ahorros;
- 4) Efectos sobre la balanzas de pagos; y
- 5) Efectos sobre el desarrollo económico.

1) **Efectos sobre la distribución de la riqueza y de la renta.**— La subida de los precios que caracteriza una inflación no tendría efecto sobre la distribución de la riqueza y de la renta nacionales, si todos los precios subieran simultáneamente y en la misma proporción, pero ello no es así. Algunos precios están fijos por contratos o convenciones, en términos de moneda, como por ejemplo, los bonos, cédulas hipotecarias, pólizas de seguro, hipotecas, deudas, etc.; y, asimismo, algunos ingresos son fijos en términos monetarios; pensiones, intereses. En cambio otras formas de riqueza tienen precios que suben fácilmente, como son las mercaderías, en especial las materias primas; y menos rápidamente los edificios, tierras y capitales fijos; y de modo semejante hay ingresos, como son las utilidades o beneficios de los empresarios, llámense éstos agricultores, industriales, comerciantes o como se llamen, que también varían con facilidad. En períodos de alza de precios, los ingresos de este grupo aumentan, porque los costos suben con retraso, y ese aumento de beneficios los induce a extender sus actividades, intensificando más el proceso. Otros grupos de la población tienen ingresos que se encuentran en una categoría intermedia, esto es, que se ajustan con cierto retraso respecto de la subida de los precios, como sucede con los salarios, los sueldos y los arrendamientos, en orden de rapidez decreciente. Sin embargo, cuando la inflación ha durado largo tiempo, estos grupos pueden convertirse en los factores más activos de ella, porque intensifican sus demandas de subida de remuneraciones.

Por esa razón, la inflación produce una redistribución de la riqueza nacional en favor de aquellas personas que tienen propiedades o bienes reales, y en perjuicio de quienes tienen derechos a la riqueza real fijados en términos monetarios; beneficia a los deudores y perjudica a los acreedores. Además, causa también una redistribución de los ingresos nacionales en favor de aquellos sectores cuyos ingresos pueden variar con mayor o menor rapidez en término monetarios, o sea los empresarios, y en perjuicio de los que reciben ingresos monetarios fijos, o sea los rentistas, pensionistas, beneficiarios de pólizas de seguro, etc. Cuando el proceso inflacionista alcanza proporciones intensas, esta redistribución de la riqueza y de los ingresos nacionales constituye una verdadera expropiación de algunos grupos en favor de otros, creando graves trastornos sociales. De modo general es la clase media la más perjudi-

## INFORMACIONES SOCIALES

cada, y después de ella la clase obrera, mientras que los empresarios resultan beneficiados, aunque no lo deseen deliberadamente, porque la naturaleza del proceso hace inevitable su enriquecimiento a expensas de los otros grupos. Sin embargo, si el proceso continúa mucho tiempo y asume proporciones muy serias, también los empresarios o productores resultan afectados, como más lejos se verá.

2) **Efectos sobre la producción económica.** — En sus primeras etapas la inflación constituye un estímulo para la producción económica, porque las utilidades aumentan al subir los precios más rápidamente que los costos. Esto representa un estímulo que induce a extender las actividades para producir más y obtener utilidades aún mayores, pero pronto se llega al momento en el cual no hay factores de producción desocupados, o, como se dice, no hay elasticidad de la producción, y entonces los mayores gastos hechos por los empresarios en su intento de aumentar la producción, sólo se traducen en una subida de los factores ya empleados, debido al aumento de la demanda, esto es, en una nueva elevación de los precios por la competencia que se hacen entre sí, reforzando así el proceso inflacionista. Esto es especialmente serio en los países no industrializados dedicados principalmente a la producción de materias primas y alimentos, como son los países latino-americanos, porque la elasticidad de la producción de ellos es menor que la de los países industriales; no hay mano de obra desocupada, ni máquinas y fábricas paradas, ni facilidad de ampliarlas.

Por otra parte, la inflación duradera perjudica también a los productores en varias formas. Señalaremos en primer lugar que la inflación trae consigo mayores necesidades de capital de trabajo para sostener el mismo volumen real de actividades en razón de la subida de precios, a la vez que no es conveniente para las empresas tener sus propios capitales en la forma líquida monetaria, porque se deprecian rápidamente. Además, se produce una verdadera erosión de los capitales fijos, debido a que su coste de reposición sube considerablemente obligando a efectuar castigos mucho más fuertes para poder reemplazarlos cuando llega el caso; de no hacerse así se considera como utilidades algo que es el desgaste o consumo del capital. Todo esto obliga a recurrir más a los bancos, por lo cual es característico de un período de inflación la creciente demanda de crédito y la opinión general de que es insuficiente, porque se trata de reemplazar con él lo que verdaderamente falta, a saber, el capital necesario.

Por esta misma razón la tributación se hace más pesada, porque las autoridades tributarias no permiten, por lo general, deducir castigos proporcionados al coste de reposición sino al coste original, muy inferior, por la cual consideran como utilidades una suma mayor que la real y cobran impuestos sobre dicha suma. Esto se agrava cuando los impuestos son progresivos, porque el significado real de los escalones fijos varía sustancialmente al bajar el poder adquisitivo de la moneda, de modo que se cobra una tasa superior por una utilidad cuyo poder adquisitivo es el mismo, aunque en términos monetarios haya aumentado, observación que desde luego se aplica también a los impuestos personales.

## INFORMACIONES SOCIALES

Todavía es más grave cuando existe, como es frecuente, el impuesto a las sobreutilidades que considera como utilidad normal ya sea la obtenida en un período anterior, ya sea un determinado porcentaje de los recursos sociales, porque en el primer caso a medida que transcurre el tiempo y progresa la inflación, dicha base va siendo cada vez más deficiente ya que el poder adquisitivo de la moneda ha bajado; y en el segundo caso, al no permitirse la revalorización de los activos fijos comprendidos en los recursos sociales, se intensifica el impuesto, porque lo que se deduce ya no es en realidad el mismo porcentaje de los recursos sociales sino mucho menos, debido a que el valor de éstos es mayor.

La subida continua de los precios provoca, como es natural, desasosiego en la población, lo que induce a los Gobiernos a adoptar medidas que en lugar de atacar las causas del mal tratan de impedir que se manifiesten sus efectos. Se establecen así controles sobre los precios, de modo especial aquellos bienes o servicios de mayor necesidad y consumo más generalizado, como son los alimentos básicos, los alquileres y los servicios públicos (transportes, electricidad, teléfono, etc.). Además, se trata de impedir la subida de un precio que tiene especial importancia, que es el de las monedas extranjeras, o sea el tipo de cambio, para lo cual es necesario establecer un sistema de control de todas las transacciones de divisas, destinado a obtener forzosamente el equilibrio entre la oferta y la demanda de moneda extranjera, limitando esta última.

El establecimiento de controles tiene efectos funestos para la economía nacional, porque afecta precisamente a aquellas ramas de ésta que más interesa estimular. Dichas actividades se ven cogidas entre costos de producción en continuo aumento y precios estabilizados por las autoridades, que difícilmente son modificados y siempre con gran retraso, por lo que ven estrecharse progresivamente y aun desaparecer sus márgenes de utilidad. Cuando se trata de la producción de alimentos el resultado es que ella decae, y cuando se trata de servicios que no pueden paralizarse por su naturaleza, su eficacia también decae cada día más, al mismo tiempo que no es posible mantenerlos, renovarlos ni, mucho menos, ampliarlos como lo exigen las necesidades crecientes de la población. Resulta de esto la escasez de alimentos, la formación de colas, la aparición del mercado negro y la especulación, el continuo déficit de los servicios de transportes y comunicaciones.

Por otro lado, los productores de artículos de exportación también se ven perjudicados, porque sus costos de producción suben mientras que sus ingresos permanecen iguales debido a la fijación del tipo de cambio, situación que empeora si a ello se agrega, como sucede en la actualidad, un descenso considerable de los precios en moneda extranjera de estos artículos. La producción exportable es desalentada, lo que disminuye la oferta de moneda extranjera y acentúa la presión de la demanda.

La inflación perjudica también un sector muy importante de la economía nacional, constituido por las instituciones educacionales, de beneficencia (hospitales), de previsión social (Seguro Social, jubilaciones, etc.), Municipalidades y, finalmente, el propio Estado. Dichas instituciones ven subir sus gastos rápidamente mientras que sus ingresos no suben o lo hacen con lentitud, provocando un desequilibrio de sus fi-

## INFORMACIONES SOCIALES

nanzas que afecta los servicios que prestan a la educación, la salud pública, la vejez, etc., y que son de preferente necesidad. Se afecta así el nivel de la educación, la situación de los profesores, la de los ancianos que reciben pensión de vejez. El propio Estado se encuentra cogido por la inflación, que lo obliga a elevar los sueldos de sus servidores, pero siempre con un retraso que los castiga injustamente y que determina la salida del personal de mejor calidad; y le resta, también, eficiencia a la administración pública y capacidad para financiar las obras de desarrollo económico del país. Esto provoca un aumento de las cargas tributarias en el deseo del Estado de obtener mayores recursos, lo cual es característica frecuente de los procesos de inflación.

Al desalentar las ramas básicas de la producción económica en la forma que se acaba de exponer, se estimula en cambio otras ramas de la producción que son económica y socialmente mucho menos convenientes, cuando no perjudiciales. Mientras que se deprime la producción de alimentos, de artículos de exportación, de viviendas y de servicios públicos, queda disponible por este mismo motivo mayor cantidad de recursos productivos que se dirigen hacia otros objetivos, estimulándose así la producción de bienes secundarios o superfluos, de sustitutos de importaciones suntuarias no permitidas, de espectáculos y diversiones. En esta forma se provoca una distorsión o desviación artificial de la producción económica nacional, que resulta en un menor rendimiento económico y social de los factores o recursos productivos del país, lo que equivale a decir un rebajamiento del nivel de vida de la población, a la vez que el mantenimiento de un precio indebidamente bajo de los artículos y servicios básicos mencionados estimula su consumo, aumenta la demanda y acentúa la escasez.

3) **Efectos sobre la inversión y sobre los ahorros.** — En estos efectos hay que distinguir los que se refieren a la magnitud del ahorro y de la inversión, que son iguales por definición (o sea la parte de la producción nacional que no se destina al consumo), y los que se refieren a la naturaleza del ahorro y a la orientación de las inversiones.

Toda inversión supone forzosamente un acto de ahorro por un monto equivalente. Se aduce que la inflación aumenta el volumen total de la inversión y del ahorro nacional, porque produce un desplazamiento de una parte de la renta o ingreso nacional de los sectores perjudicados por el proceso, que son principalmente los rentistas, los profesionales, los empleados y muchas veces los obreros, hacia los beneficiados con la inflación, que son los empresarios. Como este grupo tiene mayores ingresos, puede ahorrar una proporción de ellos mayor que en el caso de los grupos de menores ingresos, según un principio económico bien conocido, de modo que el total del ahorro nacional y, por ende de la inversión sería aumentado. El aumento del ahorro obtenido en esta forma constituye un ahorro forzado, impuesto a los sectores perjudicados mediante la disminución del consumo a la que se ven obligados en virtud de la subida de los precios en mayor grado que la de sus ingresos.

Esta teoría no es aceptable ni económica ni socialmente. Lo primero, porque si bien la inflación produce ahorros forzados, por otro lado

## INFORMACIONES SOCIALES

reduce el monto de los ahorros voluntarios, siendo ésta una de las consecuencias desfavorables más conocidas del proceso. En efecto, la disminución acentuada y rápida del valor de la moneda reduce también rápidamente el valor de los ahorros ya acumulados, que incluyen las pólizas de seguro y las pensiones de vejez, de gran importancia social; y desalienta la acumulación que tiene lugar en la forma de depósitos de ahorro, depósitos a largo plazo, contratación de pólizas de seguro, adquisición de bonos y otras semejantes, porque nadie quiere invertir sus ahorros en una forma que no tiene defensa frente a la creciente depreciación monetaria. Por tanto, lo que se gana por un lado se pierde por el otro, y los estudios efectuados demuestran que los países en los cuales el proceso de inflación es antiguo y acentuado, lejos de obtener un porcentaje de ahorros (y, por tanto, de inversión) mayor, resultan a la larga teniendo un porcentaje menor. Tal es el caso, por ejemplo, de Chile, como lo ha demostrado el Estudio Económico para América Latina efectuado por la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina, y como lo señaló el informe de la Misión Económica de las Naciones Unidas.

Este fenómeno del desaliento del ahorro por la depreciación de la moneda tiene especial importancia, porque dificulta grandemente la formación y el desarrollo de un mercado de capitales a largo plazo, lo que impide que las empresas y el propio Gobierno puedan financiar sus inversiones con la emisión de bonos. Es un hecho conocido que esta dificultad es general en los países latinoamericanos sujetos a procesos de inflación repetidos e intensos de modo que ésta, lejos de aumentar el volumen de las inversiones, tiende a disminuirlas. Por desgracia, no es raro que, frente a esta situación, los Gobiernos recurran nuevamente a procedimientos inflacionistas para financiar sus inversiones, con el pretexto de que no hay otra forma, agravando así el proceso.

En cuanto se refiere al segundo aspecto, o sea al de la orientación de las inversiones, la inflación, además de que no aumenta sino que llega a disminuir el volumen de las inversiones, provoca una mala orientación de ellas que es inevitable y muy perjudicial. En efecto, la subida acelerada de los precios y la desconfianza en el valor de la moneda hace que se prefiera inversiones que pueden resguardarse de esa desvalorización, tales como son la acumulación de mercaderías cuyos precios pueden ser fácilmente ajustados, la adquisición de bienes raíces, la construcción de edificios, pero no destinados a viviendas para la clase trabajadora y media, sino comerciales, residenciales y suntuarios, y una forma especial de inversión, que es la adquisición de divisas extranjeras, lo que no sólo significa una desviación sino también una disminución de la inversión efectivamente realizada en el país. Mientras tanto las actividades básicas languidecen por insuficiencia de inversiones, ya que dichas actividades resultan mucho menos atractivas y lucrativas, por estar sujetas a controles ya sea de precios, ya sea de divisas. Tal ocurre con la producción de alimentos básicos y de artículos de exportación, y con los servicios públicos, así como con las obras públicas cuya financiación se dificulta. Como son precisamente estas actividades e inversiones las más necesarias para el desarrollo económico, este resulta siendo retardado.

Finalmente, la inflación también perjudica la inversión por su

## INFORMACIONES SOCIALES

repercusión desfavorable sobre la venida de capitales del exterior. La inestabilidad monetaria, los controles de precios, la intensificación de las cargas tributarias, las dificultades para transferir el rendimiento de esas inversiones, todo lo cual es característico de un período de inflación, desalientan enormemente la inversión de capitales extranjeros en el país que sufre tal proceso. Esto es particularmente grave e inconveniente para los países nuevos cuyos propios ahorros son insuficientes, y que necesitan complementarlos con el aporte de los capitales del exterior.

Socialmente tiene muy graves inconvenientes la tentativa de obtener un aumento de inversiones mediante la redistribución de la renta nacional en favor de las clases que tienen ingresos más altos, no sólo porque no es deseable que disminuya la participación de estos últimos sectores, sino, también, porque la reducción del consumo que se les impone para aumentar los ahorros del sector beneficiado es mucho más grande que el aumento de la inversión procedente del incremento de los ahorros de ese grupo. Esto se debe a que el grupo beneficiado no ahorra en ningún caso la totalidad de un incremento de sus ingresos, sino que gasta siempre una proporción de dicho aumento en su propio consumo. Por tanto, para que haya un incremento determinado de inversión (ahorro) de ese sector, se necesita reducir en una cantidad mucho mayor el consumo de las clases afectadas, o sea que el ahorro forzado de ellas es muy superior al ahorro efectivo logrado, porque una parte se disipa en la forma de mayor consumo de las clases beneficiadas. La injusticia social de esto es manifiesta.

4) **Efectos sobre la balanza de pagos.** — Puede decirse que la inflación es inseparable de las dificultades de la balanza de pagos, como lo está probando ampliamente la experiencia mundial desde que terminó la última guerra. En efecto, el aumento de demanda se deja sentir no sólo sobre los bienes y servicios producidos en el interior de un país (parte de los cuales exigen, por los demás, importaciones de materias primas y bienes de producción), sino, también, sobre los bienes importados. Esto ocurre tanto con las importaciones de artículos destinados al consumo cuanto con las de artículos de capitalización, ya que la inflación no sólo proviene del aumento de consumo sino también de una inversión exagerada.

El resultado de este aumento de demanda se deja sentir en el campo del comercio exterior y de la balanza de pagos, con tanta mayor intensidad cuanto mayor sea la propensión marginal a importar del país respectivo. Esta propensión marginal es más elevada en los países poco desarrollados que en los industriales, porque ellos no producen máquinas ni artículos de capitalización, ni muchos artículos de consumo cuya demanda es justamente la que más aumenta en épocas de inflación, como son los artículos no indispensables que corresponden a un standard de vida más elevado (por ejemplo, radios, refrigeradoras, otros artefactos eléctricos, telas, ropa, conservas, vehículos de lujo, etc., etc.).

El aumento de la demanda de moneda extranjera produce rápidamente el agotamiento de las reservas monetarias del país respectivo, y llega el momento en el cual se hace necesario o bien devaluar la moneda o bien recurrir a un sistema de control de cambio (o a intensificarlo,

## INFORMACIONES SOCIALES

si ya existe). La devaluación trata de restablecer el equilibrio logrando que la demanda se limite automáticamente por el mayor precio de las monedas extranjeras, mientras que el control de cambios persigue el mismo fin imponiendo la limitación de la demanda autoritariamente. Hay una diferencia sustancial, y más de una, entre ambos sistemas, porque el primero, al mismo tiempo que es libre, absorbe el exceso de poder adquisitivo origen del mal, desalienta la importación, estimula, o cuando menos defiende a la exportación, y no favorece la producción interna de artículos indeseables o secundarios. En cambio, el segundo sistema desvía aún más la presión de la demanda excesiva hacia el mercado interno, sin absorber poder adquisitivo, lo que presiona aún más los precios domésticos; mantiene artificialmente bajos los precios de las importaciones permitidas, provocando una mayor demanda de ellas; alienta la producción en el interior del país de los artículos de importación prohibida, desviando así la producción nacional hacia objetivos inconvenientes; deprime las exportaciones cuando es más necesario estimularlas para aumentar el abastecimiento de divisas; y, finalmente, provoca la retracción de los capitales extranjeros.

Es un error suponer que el control de cambios y el de las importaciones puede aminorar los males de la inflación, y, de modo particular, contribuir a un aumento de la inversión nacional. Es corriente creer que tal cosa se logra prohibiendo la importación de artículos suntuarios o no esenciales para favorecer la de los artículos de capitalización, creyéndose que con esto se estimula el desarrollo económico del país. En realidad, la única forma de aumentar la inversión nacional es aumentar el ahorro, esto es, disminuir el consumo, y tal cosa no se logra ciertamente con los controles mencionados. Si se impide o limita el ingreso de cierta clase de bienes de consumo, no por eso habrá aumento de la inversión nacional, porque el poder adquisitivo se dirige hacia el consumo de artículos domésticos o aún puede permanecer inactivo y latente, sin aumentar por ello en lo menor la inversión nacional, o tal vez aumentándola, pero en objetivos que no son económica ni socialmente convenientes, como se ha visto en el punto anterior.

La generalización de las dificultades con que tropiezan muchos países en sus balanzas de pagos se debe evidentemente a la política inflacionista seguida en ellos por diversas razones a saber: déficits fiscales, inversiones excesivas del Gobierno o de los particulares, gastos de reconstrucción, política tributaria y social exagerada, etc. etc. Durante varios años se ha tratado de corregir este desequilibrio acudiendo a medidas de control y a la ayuda del exterior, principalmente la otorgada por el Plan Marshall, pero desde hace dos años se ha abierto paso la convicción de que no es posible remediar tal desequilibrio si no se pone coto a la inflación, y los países que así lo han hecho, adoptando una política han podido aumentar sus reservas monetarias.

**5) Efectos sobre el desarrollo económico.**—Los efectos de la inflación sobre el desarrollo económico pueden deducirse de lo que se viene exponiendo en los puntos anteriores. En esencia, el desarrollo económico requiere la inversión de capitales del país y del exterior, para aumentar

## INFORMACIONES SOCIALES

la producción económica nacional a un ritmo más rápido que el crecimiento de la población. Por tanto, es un problema de aumentar el ahorro nacional y canalizarlo hacia las inversiones más apropiadas; y de atraer capitales extranjeros y dirigirlos hacia los objetivos más convenientes.

Ahora bien, puesto que la inflación no consigue aumentar en forma permanente (puede hacerlo en una etapa inicial cuando la desvalorización monetaria no es muy grande) el monto del ahorro nacional, sino más bien tiende a disminuirlo, sobre todo si el proceso alcanza proporciones serias y tiene larga duración; y puesto que la inestabilidad monetaria desalienta el ingreso de capitales del exterior, es evidente que la inflación no puede acelerar el ritmo del desarrollo económico de un país más allá de una primera y breve etapa. Y si continúa la política inflacionista no sólo se acentúan las malas consecuencias económicas del proceso sino, lo que es aún más grave, sus consecuencias sociales pueden llegar a proyecciones muy serias, porque el descontento social es muy mal consejero y propicia la adopción de medidas radicales muy peligrosas, pero que son fruto de la desorientación, de la desesperación y de la impotencia frente a un mal que no termina.

Desgraciadamente, en algunos países poco desarrollados ha cundido la idea, incluso en círculos oficiales, de que la inflación es inevitable si se quiere lograr el desarrollo económico, y aún ha llegado a defenderse esta tesis como plenamente justificada. De allí que en los últimos años, coincidiendo con la intensificación de las aspiraciones de esos países, se haya intensificado también el proceso inflacionista en ellos. Esto puede prosperar durante algún tiempo, porque mientras se puede mostrar las obras construidas mediante una política de inflación, en cambio no se puede mostrar las inversiones dejadas de efectuar por la reducción de ellas en otro campo. Sin embargo, cuando el costo de la vida sube continuamente y la situación de las masas empeora, no hay posibilidad de satisfacerlas mostrándoles obras públicas por muy espectaculares que ellas sean.

De otro lado, al decir que la inflación retarda el desarrollo económico, no se quiere expresar que lo anula. En otras palabras, un país que sufre un proceso de inflación, no deja por ello de desarrollar, pero lo hace a un ritmo más lento, a un costo más elevado y con mayores sacrificios sociales que otro país que no sigue tal política. Hay que señalar, de manera especial, que la inflación provoca una mala orientación de las inversiones, como se expresó más atrás, y esto es grave cuando hay, precisamente, insuficiencia de inversiones. El control de precios y de divisas, que es compañero casi inseparable de la inflación, desalienta y castiga la producción básica y las actividades que más se debería estimular, como son: los alimentos, los servicios públicos, y, en particular, las exportaciones que suministran los medios necesarios para pagar las importaciones de los bienes de capital requeridos por el desarrollo económico del país, el cual resulta así dificultado.

## INFORMACIONES SOCIALES

## SUMARIO

La inflación es un estado de cosas en el cual los precios suben continuamente y con intensidad, debido a un exceso de la demanda de bienes y servicios sobre la oferta de ellas disponible a los precios vigentes. Este exceso de demanda se ejerce mediante un crecimiento de los medios de pago y de su velocidad de circulación, sin lo cual no puede manifestarse; y puede ser originado tanto en el sector público, por mayores gastos del Gobierno respecto de sus ingresos, cuanto en el sector privado, por mayores gastos de los productores, comerciantes y público en general, lo que determina el crecimiento del circulante y del crédito bancario.

La inflación viene a ser, en realidad el resultado del deseo de un sector económico de obtener una participación de la renta nacional mayor que la que le corresponde, ya se trate del Gobierno, los productores, o los trabajadores. Para obtener esa mayor participación sería necesario que los otros sectores redujeran las suyas, pero la resistencia de ellos a hacer tal cosa determina la subida de los precios.

Los déficits fiscales, la tributación exagerada, los beneficios sociales excesivos, los aumentos injustificados de salarios, las inversiones que exceden el ahorro natural, constituyen las causas del proceso de inflación. A ellas puede agregarse, como causa exógena, saldos fuertemente positivos de la balanza de pagos motivados por un fuerte incremento de los precios de las exportaciones, que determinan la expansión de los medios de pago.

Los efectos de la inflación sobre la economía son múltiples. En primer lugar, determina una redistribución de los ingresos y de la renta de un país en favor de los empresarios y productores, porque sus costos suben con retraso respecto a la subida de los precios; de los deudores, que pagan con menor poder adquisitivo; de quienes tienen su riqueza en forma de bienes reales. En cambio, perjudica a quienes tienen su riqueza en forma de derechos fijados en términos monetarios (bonos, hipotecas, seguros, ahorros, etc.); a los acreedores; a los que reciben ingresos fijos en términos monetarios, o que varían con menor rapidez que los precios (pensiones, sueldos, salarios).

En segundo lugar, la inflación, si bien en sus primeras etapas estimula la producción económica, a la larga la perjudica, porque exige mayores capitales para sostener el mismo volumen real de actividades; porque produce una verdadera erosión de los capitales fijos, cuyo costo de reposición aumenta fuertemente; porque acarrea un aumento de las cargas tributarias; y porque conduce al establecimiento de controles de precios y de divisas, que perjudican sobre todo a las ramas básicas de la producción nacional.

En tercer lugar, la inflación reduce el valor real de los ahorros acumulados y desalienta la acumulación de otros nuevos, debido a la desvalorización monetaria; impone un ahorro forzado (en la forma de disminución del consumo) a los grupos de la población cuyos ingresos se ven disminuidos, lo que es socialmente injusto; dificulta grandemente la formación y el desarrollo de un mercado de capitales a largo plazo, necesario para las inversiones privadas y las públicas; determina una mala o-

## INFORMACIONES SOCIALES

orientación de las inversiones hacia campos que no son los más convenientes para el país, pero que resultan siendo más lucrativos o los más defendidos contra la desvalorización; y, finalmente, ahuyenta a los capitales extranjeros por la inestabilidad monetaria, los controles y las dificultades para transferir divisas.

En cuarto lugar, la inflación ocasiona dificultades en la balanza de pagos por el aumento exagerado de la demanda de importaciones, que produce el agotamiento de las reservas monetarias y hace necesario la devaluación, para poner el valor externo de la moneda en línea con el valor interno; o, en su defecto, el establecimiento o intensificación del control de cambios, que no corrige el mal, sino lo agrava.

En quinto y último lugar, la inflación retarda el desarrollo económico porque desalienta el ahorro nacional, sobre todo cuando es intensa y de larga duración; porque ahuyenta la inversión de capitales del exterior; porque castiga la producción de los bienes y servicios básicos, incluyendo las importaciones; y porque determina una mala orientación de las inversiones nacionales.

# El Seguro Social en el campo

Por ANTONIO ORTIZ MENA,

Director del Instituto Mexicano del Seguro Social

Es desoladora la geografía y batallador el hombre. Sonora es el desierto y, como Perú, tiene un macizo central montañoso que presiona su territorio y sólo le deja una árida, inclemente faja que llega al mar.

Pero el sonorense es tenaz y frugal, y tiene el espíritu conquistador del hombre de frontera; así ha luchado incesantemente para vencer su sino geográfico; en los últimos veinticinco años ha creado ciudades en donde antes era el páramo; grandes zonas de cultivo en regiones inhóspitas; carreteras y obras hidráulicas en lugares incomunicados.

Y el esfuerzo ha sido fecundo y las realizaciones logradas corresponden a las aspiraciones más optimistas. Hoy Sonora es uno de los principales graneros y centros ganaderos de la República, su población se ha incrementado asombrosamente y su movimiento bancario y comercial demuestra su ascendente prosperidad.

De otra parte hay que recordar que Sonora es uno de nuestros más bizarros Estados. El siglo pasado detuvo a una expedición filibustera que, aprovechando años de guerra civil y la inestabilidad de los gobiernos de mediados del XIX, pretendió invadir su territorio so capa de defender mal habidas concesiones mineras. Con Coahuila, dió a la Revolución Mexicana lo más esclarecido de sus hombres y sus helados picachos y ardientes llanuras, contemplaron asombrados épicas jornadas de nuestra última lucha libertaria.

Coexisten en su territorio, y prosperan armónicamente, dos de las instituciones agrarias originadas en el movimiento revolucionario de 1910; el ejido y la pequeña propiedad. El primero, establecido para restituir las tierras de los poblados desaparecidos al crearse los grandes latifundios o dotar de ellas a los que carecían de todo medio de vida; la segunda, rodeada de garantías y justiciera sustituía de esas concentraciones antieconómicas e inhumanas, han contribuído, cada una con su peculiar régimen jurídico y sistemas de crédito, a la redistribución del campo mexicano y a la consecuente paz social, siempre inalcanzable sin una equitativa propiedad del agro.

Un dato más para situar a Sonora y a sus gentes. Superviven dos núcleos indígenas que se van incorporando étnica y económicamente al resto de la población: los yaquis y los mayos. Ambos grupos de valiosas características naturales, de gran tradición bélica y alto concepto del honor, son elementos que han contribuído al relevante progreso del Estado.

Pues bien, en ese marco geográfico y humano, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha encuadrado una experiencia que conoce bien Perú: La Ley del Seguro Social vigente, de 6 de mayo de 1942, admitió, en su artículo 6º, la posibilidad de que el Poder Ejecutivo Federal previo estudio y dictamen del Instituto, determinara las modalidades y la fecha en que se organizaría el Seguro Social para los trabajadores del campo, sin que hasta el año próximo pasado se hubiera llevado adelante esa proyección dinámica y generosa del ordenamiento original.

Por Decreto de 19 de agosto de 1954, el señor Presidente de la República, don Adolfo Ruiz Cortínez, y toda vez que el Instituto Mexicano del Seguro Social había realizado los estudios correspondientes, ordenó la implantación del régimen de la Seguridad Social para los Estados de Baja California, Sonora y Sinaloa, para todos los trabajadores señalados en el artículo tercero de la ley, esto es cualquier persona vinculada a otra por un contrato de trabajo real o tácito o por un contrato de aprendizaje, a los miembros de sociedades cooperativas de producción, administradores, obreras o mixtas y además, para los trabajadores del campo. Los seguros implantados comprendieron a las tres ramas que otorga la ley: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales y maternidad, invalidez, vejez, cesantía y muerte.

Se dejó a la discreción del Consejo Técnico del Instituto, el calendario progresivo de vigencia del Decreto en los distintos Estatutos señalados, convocándose de inmediato a una primera inscripción general en nueve municipios del Estado de Sonora: Hermosillo, Ures, Guaymas, Empalme, Cajeme, Bacum, Navojoa, Etchojoa y Huatabampo.

En la misma fecha, el Ejecutivo Federal dictó un Reglamento que establece las modalidades del régimen del Seguro Social para los trabajadores del campo en los Estados referidos, ya que indudablemente su organización tendría que adaptarse a las peculiaridades de las labores agrícolas muy diferentes a las tradicionales del trabajador urbano. En primer término, por la gran variedad de tipos de trabajadores del campo que hay en México, tanto por su organización como por la forma de tenencia de la tierra, se precisó en el artículo primero de ese Reglamento, que el seguro obligatorio comprendería a todos aquellos que ejecutan trabajos rurales propios y habituales de alguna empresa agrícola, ganadera, forestal o mixta, ya sean peones acasillados o no acasillados, trabajadores de temporada, eventuales, para obra determinada o miembros de las sociedades locales de crédito agrícola o de crédito ejidal.

También se puntualizó el concepto de patrón rural, entendiéndose por él a toda persona o sociedad que realiza obras de explotación agrícola, ganadera, forestal o mixta, con trabajadores asalariados en dinero, en especie, o con remuneración a destajo, por lo que, también, permanente u ocasionalmente, podrían ser patronos los poseedores, ejidatarios, colonos, arrendatarios y aparceros.

Es conveniente recordar que, normalmente, el campesino mexicano está agrupado en sociedades locales de crédito agrícola si es pequeño propietario, y en las de crédito ejidal si tiene el carácter de ejidatario. De allí que para facilitar la afiliación y el control de los asegurados, se determinó que las sociedades mismas deberían inscribirse e inscribir a sus

## INFORMACIONES SOCIALES

miembros, dándoseles la prerrogativa de ser consideradas, como las sociedades cooperativas, sujetas a un régimen de contribución bipartita. Esto es favorable, pues la aportación que hace el Estado en México como contribuyente del Seguro Social, aumenta en estos casos, con el consiguiente beneficio de los trabajadores.

Por la movilidad reconocida de la mano de obra en los trabajos agrícolas, se planeó un sistema distinto al urbano para llevar un registro correcto de los derechos del asegurado y de sus semanas de cotización. En el caso de las sociedades locales de crédito agrícola y de crédito ejidal, que cubren la cuota anual de sus miembros, se entrega a estos una credencial de vigencia de derechos, con lugares especiales para ser marcada anualmente; a los demás trabajadores del campo se les otorga, la misma credencial más una libreta para fijar cupones de cotización semanal que no tienen la finalidad de acreditar el pago de las cuotas, sino que son instrumentos de prueba de vigencia de derechos.

Esta última es una de las fases de la solución del gran problema que plantea el señalamiento de las cuotas que deben pagar los patrones rurales distintos a las sociedades de crédito agrícola o ejidal, ya que la naturaleza misma de los trabajos de cultivo, que en determinadas épocas del ciclo agrícolas requieren un gran número de peones y en otras muy pocos, así como la señalada no identidad de los mismos en todas las labores, hacía muy difícil calcular, por los medios ordinarios, las primas a cubrirse y su acreditamiento a los derechohabientes. Se ideó entonces establecer coeficientes promedio de las necesidades de mano de obra que tenga el patrón, según el cultivo que pretenda hacer y el número de hectáreas de que disponga, creándose comisiones en las que intervienen los interesados, para la fijación bianual de dichos coeficientes.

Para este efecto, cada año, durante los meses de enero a febrero, los patronos deberán presentar al Instituto una información en la que se manifieste el número de hectáreas que se trabajarán durante el periodo a que se refiere la manifestación, especificándose claramente a qué cultivo o cultivos se dedicarán. Sólo a título de ejemplo y para tener una idea de cómo funciona el sistema, señalaremos que en el régimen transitorio del Decreto que establece las modalidades, se fijan los siguientes coeficientes: para el algodón, 15.7 hombres por 100 hectáreas; para el trigo, 2.6 hombres por la misma extensión; 20 trabajadores para legumbres y hortalizas y ocho hombres para el maíz y otros cultivos. Si se utiliza riego por gravedad, estos porcentajes se disminuyen en un diez por ciento. En resumen las liquidaciones que pagan los patronos rurales, distintos a las sociedades locales de crédito agrícola o de crédito ejidal, se calcularán tomando en cuenta los siguientes factores: el coeficiente aprobado para cada municipio o región agrícola, que expresa el número de jornadas de trabajo que requiera por hectárea el cultivo de que se trate, el porcentaje de variación de dicho coeficiente por la naturaleza del riego que se emplee en el cultivo y las cuotas obrero-patronales que correspondan según el ingreso diario del trabajador. Los dos primeros elementos de la liquidación se fijarán para cada región, cada dos años.

Con estos datos, los patronos compran anualmente los cupones suficientes para los trabajadores que laboren con él en el ciclo de que se

trate, los que deberá adherir en las casillas puestas al efecto en las libretas de los asegurados, que se canjearán anualmente en las oficinas administrativas del Instituto por nuevos documentos en los que aparece anotado el número de semanas de cotización acreditadas al trabajador hasta la fecha del canje.

En los Municipios de Guaymas, Empalme, Cajeme, Bacum, Navojoa, Etchojoa y Huatabampo, se establecieron los servicios desde el 1º de octubre de 1954 y en Hermosillo en junio de 1955. Para su administración se tienen oficinas en Hermosillo, Ciudad Obregón, Guaymas y Navojoa. La oficina central, ubicada en la capital del Estado, consta de las secciones de Caja, Contabilidad y Afiliación.

Para el otorgamiento de los servicios médicos en el Estado de Sonora se han construido y puesto en servicio, clínicas especializadas para los trabajadores del campo, en Pueblo Yaqui, Colonia Irrigación, Colonia Militar, Javier Mina, Primero de Mayo y Quetchehueca, cada una de ellas con capacidad para atender dos mil derechohabientes.

En Ciudad Obregón, se tiene un hospital con 84 camas y dos salas de operaciones, más servicios auxiliares de hospitalización por cirugía general, traumatología, medicina interna, pediatría y maternidad. En la clínica de la misma ciudad hay cuatro consultorios de medicina general, dos de pediatría, uno de odontología, sala de inyecciones y curaciones, laboratorio de análisis clínicos, de rayos X, farmacia y consulta externa de otorrinolaringología, oftalmología, traumatología, cardiología, neumología y odontología.

En la zona de Cajeme, Bacum, Guaymas y Empalme, además de las clínicas especiales para trabajadores del campo ya designadas, se tienen catorce puestos semi-fijos en Miguel Alemán, Agua Blanca, Atotonilco, El Portón, Robles Castillo, Morelos N° 1, Morelos N° 2, Buaraje, Antonio Rosales, Teras, El Polvorón, Francisco I, Madero, Bateva y Huaiparín, en las que se prestan servicios de inyecciones y curaciones, vacunaciones, atención materno-infantil y botiquín.

El hospital de Guaymas con capacidad para 20 camas, tiene dos salas de operaciones y servicios de cirugía general, traumatología, medicina interna, pediatría y maternidad. La clínica tiene consulta externa de medicina general, pediatría, ginecología, odontología, laboratorio de análisis clínicos, atención domiciliaria y farmacia. El puesto fijo en Empalme proporciona consulta externa de medicina general, atención domiciliaria, inyecciones y curaciones, toma de productos y botiquín.

En Navojoa se tienen un hospital con 42 camas y dos salas de operaciones y una clínica con servicios de consulta externa en medicina general, pediatría, odontología, oftalmología, laboratorio de análisis clínicos y transfusiones, rayos X, atención domiciliaria, curaciones e inyecciones y farmacia. En la misma zona que abarca los municipios de Navojoa, Etchojoa y Huatabampo, hay siete puestos fijos en San Ignacio, San Pedro, Río Mayo, Bacobampo, Etchojoa, Huatabampo y Júpatepec, que tienen consulta externa de medicina general, atención domiciliaria, inyecciones y curaciones, toma de productos y botiquín; y puestos semi-fijos en Las Playitas, Jitonhueca, Huirachaca, Buasicove, La Vasconia, Basconcobe, Las Mil Hectáreas, Bocorúa, Citabaro, La Unión, El Tavare, que propor-

## INFORMACIONES SOCIALES

cionan inyecciones y curaciones, vacunaciones, atención materno-infantil y botiquín.

En Hermosillo están en servicio dos clínicas, una de consulta general y otra de maternidad y hospitalización. Para el campo, la consulta externa se proporciona en el ejido de El Triunfo y a los colonos y peones rurales se les atiende en la Colonia Pilares de Nacozari.

La nueva experiencia ha traído formas también nuevas en la prestación de los servicios. En las zonas urbanas y fabriles, el Instituto, desde hace algunos años, ha seguido la tendencia de otorgar la atención médica a través de unidades directas o propias y con médicos que son funcionarios del organismo; en Sonora, pretende aprovechar los estimables y valiosos conocimientos que ya tienen los profesionales radicados en la región sobre sus características humanas y naturales y, por esta y otras motivaciones no menos importantes, entre ellas la de no burocratizar a la profesión médica, ha celebrado, autorizado por el artículo Noveno Transitorio del Decreto de Modalidades, contratos con las sociedades médicas locales para que se encarguen de la prestación de los servicios médicos, hospitalarios y farmacéuticos, pudiendo dichas entidades pagar también por cuenta del Instituto, los subsidios en dinero.

Este ensayo parece de gran importancia pues se va creando un tipo de profesionista que, con gran sentido patriótico y social, ha vuelto la espalda a los cuadros idearios del facultativo que comercializaba su misión en un afán de obtener pingües utilidades con el menor esfuerzo y molestia. Los médicos con quienes se ha contratado son de tiempo completo y viven en el campo, en los ejidos, están a disposición de los derechohabientes día y noche, recorren en ocasiones largas distancias para cumplir su cometido, y con su influencia personal y benéfica, han llevado un repertorio de normas de vida más decoroso y humano, a los campesinos cuyas condiciones de habitación y salubridad eran elementales.

Las uniones médicas están obligadas a otorgar las siguientes prestaciones: atención que comprende la quirúrgica, la obstétrica, servicios dentales, farmacológicos y de hospitalización, así como todos los elementos complementarios de diagnóstico y tratamiento. Deben igualmente, llevar a cabo el estudio y preparar los dictámenes correspondientes cuando exista incapacidad temporal para el trabajo originada por enfermedades profesionales, no profesionales o maternidad; otorgar la prestación de canastillas que se dan a las madres y los subsidios para lactancia durante los seis meses posteriores a los nacimientos.

El seguro del campo tiene proyecciones y trascendencia nacionales; la experiencia a la fecha es alentadora y afortunada; los servicios se han ampliado ya al Estado de Sinaloa y próximamente se espera tenerlos en el de Baja California. Están terminados los estudios previos para implantarlo en los Estados de Chihuahua y Guerrero; el paso posterior será a los de Morelos, México y Chiapas.

Así ha cumplido el régimen del Presidente Ruíz Cortínez con uno de los más generosos postulados de su plataforma social: contender contra la insalubridad y la enfermedad en donde quiera se encuentren; llevar atención médica, hospitalaria y medicinas a lugares que secularmente carecieron de los más modestos auxilios de la ciencia; desterrar prácticas inveteradas y riesgosas de brujería y empirismo; en una palabra, elevar, en todos sus niveles, la vida mexicana.

# Apuntes de Historia de la Seguridad Social en Europa

Por José Gálvez Jaime

Las Inter-influencias habidas entre diversos países europeos.- El Imperio Romano y las asociaciones de trabajadores.—Invasión musulmana a España y evolución de las Cofradías medievales hasta dar lugar al Gremio.—Liga Hanseática y la famosa Hermandad de las Marismas.—La “guilda” alemana como entidad de mutualismo.—Relaciones entre la Iglesia y el Estado.—Influencia remota y presente del Cristianismo.—La Revolución Industrial de Inglaterra propagada a Alemania, y la recíproca influencia del Seguro Social.—Los orígenes de la Asistencia Social, Beneficencias y Sanidad Pública.—Los cuatro grandes sistemas de prestaciones sanitarias de la Seguridad Social: I.—Francia y Bélgica, II.—de Inglaterra, III.—de España y IV.—de Rusia.

Como el título lo indica, no pretendemos hacer en este artículo una historia completa del desenvolvimiento de las ideas y la práctica de la Seguridad Social en el Viejo Continente, sino simplemente señalar algunos hechos plenos de significados si se examinan a la luz de la especial psicología de cada uno de los pueblos que forman parte de este gran mosaico étnico-cultural, y de las mutuas influencias que han tenido entre sí. Como es sabido, los Seguros Sociales obligatorios, que son la médula de la Seguridad Social nacieron en Europa hace unos setenta años y luego se han propagado a casi todos los países del mundo, alcanzando un desarrollo impresionante. Lo que resalta de nuestro enjuiciamiento histórico es cómo la variada psicología de las naciones, su diferencia humana y racial, lo mismo que su diferente grado de organización y perfeccionamiento social produjeron una emulación positiva y negativa que contribuyó poderosamente al avance de todos, con un mayor acúmulo de tecnificación y experiencia práctica.

Si dentro del concepto amplísimo, aunque superado, de la Previsión Social incorporamos el de Seguridad Social, podremos esquematizar la historia del primero de ellos dividiéndolo en cuatro períodos distintos: el primero, de los Movimientos precursores que se remonta más allá de la Era Cristiana; el segundo, del nacimiento de los Seguros Sociales Obligatorios (Alemania 1883) que termina en 1914; el tercer período que comprende el lapso transcurrido entre la I. y II. Guerras Mundiales, y el cuarto período, a partir de 1945 hasta la fecha. En la época de



## INFORMACIONES SOCIALES

los movimientos precursores impera el criterio de la previsión como dádiva o caridad, efecto de la filantropía; la comunidad de riesgos se afronta bajo el sistema voluntario, generalmente. Con la implantación, por el Estado, de los Seguros Sociales se da el paso más decisivo hacia la Legislación de Seguridad Social, que declara explícitamente el derecho legal que asiste a todos los habitantes a recibir una protección adecuada en las contingencias vitales; en el período, que media entre las Guerras Mundiales de la presente centuria se inicia la cooperación en el estudio técnico de las distintas fases del problema, con la creación de la Organización Internacional del Trabajo y de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, y asimismo surge en 1935 el concepto de Seguridad Social, que se complementa luego con el de Bienestar Social, en el cuarto período que hemos citado, que actualmente vivimos. En éste se fortalecen los vínculos de comunidad de objetivos doctrinarios, a través de la Organización de las Naciones Unidas, pero al mismo tiempo se vislumbran algunas crisis de la forma de aplicación de la Seguridad Social, especialmente en algunos países.

Entre los movimientos precursores de la Previsión Social, han esgrimido los autores, como uno de los más ciertos y definidos, el Imperio Romano con sus instituciones "Collegia" y "Sodalitia" que se pueden situar a partir del siglo II antes de Cristo. Estas agrupaciones de trabajadores iniciaron la asistencia que hoy llamamos del seguro de enfermedad. Existían en la Roma imperial, los "Collegia compitalitia" cuyos miembros eran plebeyos y las "Sodalitates sacrae" organizadas por patricios. Los asociados se llamaban "sodales". Los profesionales se hallaban reunidos en los "collegia artificum vel opificum"; también se crearon estas instituciones con marcado cariz político, los "Collegia-Sodalitia". La agrupación, con fines de beneficio colectivo de los navegantes, se llamaba en los "navicularii" (los que transportaban trigo y provisiones al puerto de Ostia), los "nautae Tiberini" eran los navieros del Tiber; los "porcinarii", los acaparadores y carniceros de cerdos, los "argentarii" los banqueros y prestamistas; los "negotiatores vini", los mercaderes del vino; los "medici", los médicos y así una variedad de oficios y ocupaciones.

Por el hecho de la ocupación, la admirable organización cívica y legal del Imperio Romano, pasó a regir sus múltiples Provincias. En España, a partir de Julio César se establecieron las normas y los sucesivos Códigos, en que se hallaban contenidas ordenanzas, reglamentos y prescripciones relativas a los "Collegia" y "Sodalitia" que se implantaron también, con notable auge e incremento. Siglos más tarde, la invasión musulmana quebró todo vestigio de organización anterior, a pesar de que se ha atribuido a los árabes haber influido en la organización de los trabajadores españoles en gremios por la típica distribución de los artesanos por calles diferentes. Desde el siglo XI surge en España la Cofradía, organización que no se hubiera formado a no ser por la influencia de las enseñanzas del Cristianismo. En realidad, la influencia directa de Francia no puede echarse de lado. En el siglo XII se constituyó cerca de la frontera, en Summo Portu, en los Pirineos aragoneses, la interesantísima Cofradía de Santa Cristina de Tudela, muy cercana a Canfranc, de la que Antonio Romeu de Armas dice que sus Reglamentos, que se conservan in-

tegros, constituyen “el documento más antiguo que se puede invocar como antecedentes de los seguros sociales en España”. Las cofradías militares y caballerescas que ya existían en Francia fueron imitadas, quizá por la influencia de los caballeros franceses que participaron en las campañas guerreras de Alfonso VI de Castilla y Alfonso I de Aragón. Mediante los ingresos provenientes de cuotas y derramas se ejercía el auxilio mutuo en casos de enfermedad de los asociados, lo mismo que en otros riesgos. En el curso de los siglos XI, XII, XIII la Cofradía formada bajo la advocación religiosa de un santo patrono, se transforma sucesivamente en “Oficio”, “Cofradía Gremial”, “Cofradía-Gremio” y “Gremio”, este último de mayor tendencia laboral -de defensa, privilegio y perfeccionamiento- que espiritual o mística. Las Cofradías, Hermandades y Gremios se extenderían luego, en el dilatado Imperio Español “donde no se ponía el sol” por todas sus Colonias y dominaciones. Se trataba de asociaciones de socorros mutuos, en casos de enfermedad, invalidez y muerte. Estas mismas Cofradías del Medioevo daban subsidios en dinero y préstamos reembolsables. Es interesante el método de auxilio con el trabajo de los cofrades que observaban algunas Cofradías de Ciegos y el que otras tuvieran asistencia médica y farmacéutica en hospitales propios, como ciertas Hermandades de Andalucía y Navarra. Este criterio, ya en nuestro siglo XX se impondría en los Seguros Sociales, pues estas instituciones consideran financiera y actuarialmente más apropiado organizar sus propios centros asistenciales. También existía el auxilio de accidentes, de invalidez y vejez, así como el auxilio funerario. En pequeño se estableció una especie de seguro contra el paro, anecdótico y poco eficaz, entre los carpinteros y freneros de Barcelona y sobre todo entre los ciegos de Valencia. Por último hubo auxilio para los sobrevivientes del “confrayre”, la viuda y los huérfanos. Como puede verse, con estos datos y otros que citaremos más abajo, puede considerarse a España, dentro de nuestro enfoque latino-americano como país de valiosos e importantes antecedentes de los actuales sistemas de Seguridad Social.

En la Edad Media debemos considerar como asociaciones importantes de auxilios en casos de enfermedad y otros infortunios, a las que surgieron entre las recias y poco cultas gentes de mar. La Liga Hanseática, que tuvo figuración histórica en diversas guerras, era poderosa y respetada. En España se formaron “Cofradías de Mareantes” integradas por marineros, pescadores y armadores de buques que aparte de cumplir una finalidad benéfica en casos de muerte y enfermedad de sus miembros, llegaron a adquirir gran importancia, conscientes de su privilegiada situación como gremio clave para los transportes, el comercio y las empresas guerreras. En el Cantábrico se constituyó la famosa Hermandad de las Marismas en el año 1296, la que dominaba la costa de “Bayona a Bayona” (entre ambas ciudades española y francesa), y era considerada como una verdadera potencia militar que como estado soberano “declaró guerras, firmó alianzas, y pactó treguas con reyes y soberanos extranjeros”. Pelearon contra el rey Eduardo III de Inglaterra y buscaron la alianza con Felipe V, rey de Francia. Para los “mareantes” de Aragón, se dictó un verdadero Código de Derecho Marítimo, que establecía entre otras cosas un seguro de accidentes de trabajo a cubrirse por el patrón.

## INFORMACIONES SOCIALES

de las embarcaciones. Es también interesante considerar en el desenvolvimiento de la previsión en diversos países de Europa, las relaciones que tuvieron la Iglesia y el Estado. En el Medioevo la Iglesia asumía la responsabilidad, en mérito de la caridad, de sostener leprosorios, hospitales y otros establecimientos semejantes, al mismo tiempo que socorría al indigente y tenía potestad docente. La transferencia de todas estas funciones al Estado fué un proceso muy lento, que marchó a la par de una transformación ideológica en el mismo sentido. Llegamos al siglo XVIII: tenemos que todavía en Francia existía una "Iglesia católica opulenta que mantenía hospitales, centros de auxilio al aire libre y otras fundaciones caritativas". Luego que la Revolución Francesa rompió con los moldes clásicos y tuvo el resultado de hacer triunfar las "reivindicaciones" de las clases depauperadas, cundió en todas las naciones europeas esta innovación conceptual: el pueblo tiene "derechos" y el Estado ha de cumplir sus "deberes" relativos al bienestar común. Antes de la Revolución los mendigos y vagabundos de París se disputaban anhelosos la distribución del "pain du roi" que se hacía en el Louvre. Como dice Sir Ernest Barker, "el efecto inmediato de la Revolución Francesa fué destruir tanto las antiguas fundaciones de la Iglesia como el donativo real".

Fijando ahora la mirada sobre Alemania, en la que nació el seguro social obligatorio, repararemos cómo también en ella se constituyó una interesante entidad voluntaria, la "guilda" que tenía por finalidad la defensa y la asistencia mutua, "en una fraternidad de armas y banquetes", como dice un autor. Desde época muy remota el practicismo y objetividad de los germanos dió por resultado esta asociación, al punto que Tácito la citaba como una costumbre propia de dicho pueblo. Según algunos historiadores, el Cristianismo tuvo marcada influencia modeladora sobre la "guilda" (Wilda, Gross, Brentano), pero habría tenido ella una tradición pagana anterior. Otras "guildas" se reprodujeron también en Francia, Inglaterra y la lejana Dinamarca. En el siglo IX empezaron a adquirir mayor auge, pero los asociados que se lamaban "congildus" gradualmente abandonaron sus costumbres ordenadas y así Carlomagno y algunos Obispos católicos las prohibieron a raíz de los excesos que se suscitaban en los banquetes. La "guilda" es reputada como un antecedente de la Cofradía española.

Antes del período del industrialismo que renovó totalmente la faz de Europa, y viviéndose en el llamado período agrario, Francia, Inglaterra y Prusia se hallaban preocupadas por el problema de la indigencia rural. La economía era predominantemente agrícola; los grandes propietarios de tierras vivían fastuosamente mientras que era muy corriente el pauperismo y el desamparo legal de los siervos. Dictada en Inglaterra la Ley de Pobres, los Reyes Tudor se ocuparon con preferencia del asunto, entre 1536 y 1601. La Reina Victoria por su parte realizó esfuerzos en el mismo sentido. En esa forma empezaba lo que entonces se denominaba "auxilio a los pobres", como deber del Estado, y hoy es la Asistencia Social. Más tarde surgiría el concepto de la Sanidad Pública, cuyos objetivos eran tan amplios que cubrirían a toda la nación.

Con el advenimiento de la Revolución Industrial, que empezó en Inglaterra en 1760 con la invención de máquinas, se abre una etapa trascen-

## INFORMACIONES SOCIALES

dental para el progreso de las ideas de previsión social. El Industrialismo se propagó entonces, de Inglaterra a toda Europa, empezando por las cercanas ciudades y puertos de Francia y siguiendo luego en Alemania. En esta etapa se consolidan las uniones de obreros y patronos, organizados separadamente. Desde 1802 empieza en Gran Bretaña una larga sucesión de disposiciones legales, que constituyen una voluminosa e importante Legislación Fabril; en 1833, la Ley de Inspectores de Fábricas; en 1842, la Ley de Regulación de Minas; en 1847 la Ley de la Diez Horas; en 1848, la Ley de Sanidad Pública; 1876, la Ley de la Marina Mercante; en 1889 la Ley de Regulación de los Ferrocarriles y otras muchas que se ratifican orgánicamente mediante la Ley de Consolidación de principios de siglo, en 1901, la que constituye un código general. Refiriéndose a su país, dice el autor inglés que hemos citado anteriormente, que el nuevo problema social que había surgido entonces era la fábrica, y más allá de la fábrica, la ciudad fabril. Los obreros ya no pueden ser llamados los "pobres trabajadores". "Los hombres empezaron a reconocer que había una cosa llamada derecho a la salud, más allá y por encima del derecho a la mera vida que el antiguo sistema de auxilio a los pobres había reconocido". El auxilio a los pobres era el reconocimiento del triste derecho a la vida y rescate de la total inanición; el nuevo servicio es un reconocimiento del derecho a vivir según un "standard" decente de subsistencia, y una garantía de ese nivel de subsistencia contra la amenaza de enfermedad, pérdida de empleo y vejez".

Veamos ahora lo que había sucedido en Francia, después de la Revolución Francesa. La Legislación de la III República mandó constituir por el gobierno de cada departamento, establecimientos destinados a la atención de los enfermos mentales, lo mismo que asilos y hospitales. Al mismo tiempo se propiciaba la formación de los "Bureaux de bienfaisance" que darían lugar a las extendidas Sociedades de Beneficencia, que actuaban en estrecha relación con los organismos estatales. De una parte Francia ligaba el socorro a los pobres al gobierno local general; de otra ligaba la contribución voluntaria a la pública". Efectivamente, los legados, donaciones y mandas de caridad de los adinerados, por vehículo de las Beneficencias iban a ser empleados en favor de los necesitados, con un suplemento de subvención estatal.

Considerando ahora el momento en que nacieron los Seguros Sociales Obligatorios, mediante las Leyes de 1883, 84 y 89 promulgadas por Bismarck en Alemania, recalquemos la primitiva finalidad política de esta nueva creación, cuyo objetivo verdadero fué derrotar a los socialistas convirtiendo en socialista al mismo Estado". Se trató pues no de una "reivindicación" o "conquista" conseguida por el proletariado, sino de una neta iniciativa estatal. Además de los seguros nacionales de enfermedad y accidentes, se establecieron pensiones de invalidez y vejez. La base de la contribución fué tripartita en las pensiones, como implícito reconocimiento al hecho de que un trabajador que había pasado su vida útil dentro del nuevo sistema había prestado ya su contingente o contribución al bienestar del país. Por lo tanto el Estado no sólo velaba por el cumplimiento del seguro, sino aportaba a la financiación. Este exitoso golpe legislativo tuvo luego insospechada repercusión. En forma acer-

## INFORMACIONES SOCIALES

tada y largamente meditada se había brindado al mundo, un sistema que era la culminación de una serie de instituciones anteriores que aparecieron desde ese instante caducas e inapropiadas: Cofradías, Gremios, Hermandades, Montepíos, Mutuales y otras formas de previsión voluntaria. La práctica de los seguros alemanes se propagó prontamente a Inglaterra y otros países. Sir Ernest Barker comentó esto diciendo que si la legislación fabril inglesa halló pronta acogida en Alemania, en el siglo pasado, los seguros sociales alemanes se extendieron a Inglaterra en el siglo XX. Un poco antes sin embargo, en 1897, ya se había dictado una Ley de Compensaciones para los Obreros.

En la España de la época moderna cabe citar el señalado fenómeno de la lucha solapada del siglo XVIII, tendiente a desarraigar la fe católica de las agrupaciones de artesanos. De las Hermandades de socorro se derivaron los Montes Píos, o Montepíos, cuya finalidad principal era asegurar una ayuda a los sobrevivientes del trabajador. Las primeras estuvieron informadas por un espíritu eminentemente religioso, mientras que estos últimos eran mesiláicos. La transformación se debió a los maquiavélicos Ministros de Carlos III. De todas maneras estas nuevas entidades, de seguros estatales de viudedad y orfandad, desarrollaron alguna labor mientras que los montepíos de iniciativa particular estaban destinados a una vida efímera, por su precaria organización financiera. Ya en el siglo XX, se creó el Instituto Nacional de Previsión en el año 1908, con la notable particularidad de que al principio administraba algunos seguros voluntarios y estaba especialmente destinado a una labor de educación y divulgación entre el público sobre los beneficios de la aseguración obligatoria, que vino después. Nos parece que en ningún otro país se ha dado este ejemplo de moderación y desarrollo gradual de una idea. En 1938, entre los horrores de la guerra civil española se promulgó el Fuero del Trabajo y en 1945 el Fuero de los Españoles, que son columnas básicas de una legislación modelo de Seguridad Social, que ha influido a su vez en la legislación de otros países iberoamericanos.

Hablando siempre del presente siglo XX, revistemos someramente algunos de los principales desarrollos en otros países europeos. En Francia el sistema de Gante de 1901 proveyó una manera de atender a los desocupados. En 1905 se dictó una Ley de Ayuda a los Ancianos Pobres, con cargo a los fondos estatales y municipales. En 1910 se transformó la anterior, en la Ley de Pensiones de Ancianidad y en 1913, alarmados los parlamentarios por las cifras de mortalidad infantil y ante la sombría perspectiva de una natalidad estacionaria, se votó una ley de subsidios a las familias numerosas, que ahora mismo es codiciada por el alto monto que representa. En los años sucesivos tanto Francia como Bélgica adoptaron el sistema de libertad en las relaciones de las instituciones de seguros con los médicos. En cuanto a Alemania, la nueva República del Weimar adelantó después de la primera conflagración mundial, hacia el seguro contra el desempleo; en 1924, abolió el procedimiento de auxilio a los pobres, implantando la asistencia pública a los soldados de guerra y a las personas de recursos ínfimos. En este período se hizo corriente la palabra "Wohlfart", o labor de bienestar o prosperidad colectiva. En los países de habla inglesa se denominó "public welfare" y en Estados Uni-

## INFORMACIONES SOCIALES

dos, específicamente, se abrió paso el concepto de "Welfare-State" o Estado Protector social. Es interesante apuntar que en Alemania, cuna y semillero de trascendentales innovaciones en el campo de la Previsión y Seguridad Sociales, se aplica hoy el 20% de la renta nacional a este concepto, proporcionalmente es la cifra mayor del mundo.

En lo que respecta a Inglaterra, la ley de 1909 de los "Trade Boards" fué normativa del salario mínimo promulgado por el Estado; de 1911 data el célebre "National Insurance Bill" de Lloyd George o Ley de Seguro Nacional, que implantó progresivamente el Seguro Obligatorio de Enfermedad con carácter universal para todos los habitantes. En forma organizada, fué el país que introdujo el Seguro contra el Desempleo, o Paro Tecnológico empezando con las grandes industrias siderúrgicas, de construcción de buques e ingeniería mecánica. Las Leyes de Viviendas también han sido numerosas y eficaces en sus resultados. A partir del Plan Beveridge se puso en marcha una sistema de limitación de la iniciativa de la clase médica, bajo la norma del seguro integral y nacional. Frente a los casos anteriores, de Francia y Bélgica con amplia libertad en la relación entre el seguro y los médicos, y de Inglaterra, con su limitación de la iniciativa de la clase médica, se tienen los de España, que sigue un criterio moderado o intermedio, de adscripción del médico a los organismos aseguradores, y el extremo de Rusia, cuya definición, es la salud estatizada o monopolio de la misma por el Estado, lo cual constituye el despotismo y aberración máximos.

Merecería ser objeto de un estudio especial, la influencia que ha tenido el Cristianismo en la época de los movimientos precursores, y de los pensadores católicos, encabezados por los Papas León XIII y Pío XI, en las épocas más recientes. Situada geográficamente esta influencia, sería la de Roma sobre la evolución de las ideas de previsión social europea; pero considerando el carácter ecuménico, universal y espiritual de la doctrina social católica, digamos más bien que es el aporte de la caridad y la "Justicia social" basadas en las enseñanzas de Cristo, que son aplicables en cualquier tiempo y lugar. Estos aportes no han estado contenidos solamente en las Encíclicas Papales, sino en los libros de los sociólogos y filósofos católicos, en el programas realizados por los partidos políticos social-cristianos y en asociaciones internacionales de orientación católica, como la Unión Internacional de Estudios Sociales, con sede en Bélgica.

Para terminar esta visión panorámica que hemos tenido de la gestación, puesta en marcha y perfeccionamiento de la seguridad social en Europa, mencionaremos sólo de paso, la interinfluencia de Europa y América en este campo. En general, el Nuevo Mundo ha seguido el desenvolvimiento del sistema después y en menor medida, indicando esto claramente la influencia recibida. Apuntemos sin embargo, que España recibió influencia del Virreynato del Perú, donde se conservaba aún entre los indios la experiencia de la sabia organización del Imperio Incaico. El colectivismo agrario con su interesantísimo sistema de la posesión y del trabajo en común de las tierras, fué un método de seguridad contra los infortunios. Los indios sin poseer nada propio tenían auxilios eficaces en cualquier riesgo; así, la tierra de los enfermos era cultivada por el resto de la comu-

## INFORMACIONES SOCIALES

nidad. En esencia era un sistema de seguro práctico contra el riesgo de no poder trabajar. Los cronistas Murcia de la Llana, Garcilaso, Padre Acosta y el Corregidor Polo de Ondegardo, especialmente, abogaron porque el sistema, que era más perfecto que el del agro español, se extendiera a la metrópoli. En los lustros más recientes, desde 1935 se emplea en el mundo el término “Seguridad Social”, nacido en Estados Unidos, a raíz de la promulgación de la “Social Security Act” de dicho país. Es también un aporte positivo, porque todos los vocablos que tienen amplio contenido conceptual, doctrinal, filosófico y práctico promueven eficazmente el avance de la idea original.

# El Seguro de Vejez

Por: JORGE A. VALCARCEL

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS SOCIALES Y ECONOMICOS,  
CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL, PERU

Ultimamente se presta creciente importancia a la constitución o reforma de los regímenes de pensiones en general o de vejez en particular. Coadyuvan a ello, distintos factores: el incremento de la población de jubilados en diversos países; la desvalorización de las rentas por efecto del fenómeno mundial de la inflación; el coste elevado de mantenimiento de los pensionistas, en función de la capacidad económica y población activa de cada país; la presentación en determinadas colectividades, de alteraciones en su composición demográfica; la mayor expectativa de vida que se viene registrando hoy día; las variaciones en el sentido de la demanda de la mano de obra en el mercado del trabajo, y en fin una más cabal comprensión de la relación existente entre los fenómenos económicos y a los que promueven el establecimiento de los planes de previsión.

Todos los estudios verificados en relación a este tema señalan algunos factores cuya gravitación es importante en el costo del seguro de vejez.

Nos ocuparemos ahora de los siguientes:

- 1.—La edad límite
- 2.—La cuantía de las rentas.

## I.—LA EDAD LIMITE

Es éste probablemente el factor más importante en el seguro de vejez, ya que determinará el número de años durante los cuales debe ser pagada la renta de retiro, que será tanto más costosa cuanto mayor sea el número de pagos periódicos, es decir cuanto más bajo sea el límite de edad.

En este enunciado se envuelve el carácter variable que puede tener la fijación de la edad de pensión, en función de las expectativas de vida en cada región del mundo y también del tipo de programa instaurado.

Se observa así la tendencia a fijar límites altos en regímenes de asistencia nacional de carácter no contributivo, situándolos en 70 años. En los sistemas de seguro social, los niveles se fijan con preferencia en

## INFORMACIONES SOCIALES

65 y 60 años y en las Cajas de Jubilaciones, tan arraigadas en Latinoamérica, se señalan edades de 55 y 50 años.

Las variaciones señaladas obedecen a la diferencia de fundamentos de cada uno de esos métodos de cobertura. En los primeros, el propósito se expresa en función de la obligación de la sociedad de otorgar ingresos mínimos a quienes por razón de edad avanzada se hallan en la imposibilidad comprobada de proveer a su sustento. Los fondos en estos casos se derivan del Erario Nacional o ingresos generales, exigiéndose regularmente de los solicitantes la prueba de residencia en el respectivo país y la de recursos encaminada a demostrar que el demandante no cuente efectivamente con ingresos suficientes para vivir.

En la esfera del seguro social, la prestación de vejez consulta motivaciones de carácter social y económico y se exige un largo período de contribución. Las primeras imponen a todo trabajador la obligación de mantenerse en empleo remunerado hasta llegar a la edad en que sus fuerzas físicas declinan, pues sólo entonces puede considerarse actualizado el riesgo de vejez, sin que se admita la posibilidad de la jubilación por factores ajenos a esta preceptiva. La segunda se basa en el propósito de otorgar rentas suficientes a los pensionistas, relacionando éstas con los ingresos previos durante un tiempo establecido, y regulándolas con miras a conceder asignaciones por las cargas familiares del titular. Siendo estas rentas sustitutorias del salario, se impone en gran extensión la condición del retiro.

Las Cajas de Jubilaciones, han dado suficientes muestras de adoptar un criterio eminentemente distinto, que se fundamenta en postulados más de seguro privado que de seguro social, y que se refuerzan en enunciados de derecho del trabajo. Así se explica que concedan jubilaciones por tiempo de servicios, totales o parciales, y que fijen edades de admisión al derecho, variantes entre 50 y 55 años.

Hemos de ver más adelante algunas experiencias demostrativas del destino de algunas de estas Cajas.

La edad límite debe ser calculada en función de distintos factores, que en conjunto califican la conveniencia de otorgar protección en la época de la vida en que comienzan a presentarse, con el decrecimiento del vigor físico, los siguientes fenómenos: pérdida de la capacidad de trabajo; dificultad de encontrar o conservar un empleo y, concurrentemente, el deseo del trabajador de obtener un descanso rentado.

El primero de estos factores tiene un origen biológico definido como la disminución progresiva de aptitudes físicas y mentales que apareja la vejez en el organismo humano.

Se observan variaciones sobre este particular en distintas regiones del mundo, pero hay evidencia que los progresos de carácter médico y la elevación de los niveles de vida, junto con un mejor conocimiento y práctica de las normas higiénicas, van extendiendo la longevidad general. Sin embargo, no hay hasta hoy prueba acerca de la conservación de la aptitud física del trabajador más allá de cierta edad, como tampoco del hecho de la mayor incidencia de procesos morbosos en edades avanzadas.

El segundo factor deriva del anterior y sufre además la influencia de

## INFORMACIONES SOCIALES

la selección explicable que se opera en el mercado de trabajo a favor de la mano de obra joven. No obstante, tan bien en este caso hay variaciones nacionales derivadas de la composición demográfica de la población, como también de la mayor o menor disponibilidad de trabajadores.

En países de economía industrial el fenómeno se agudiza: “El hecho de que la incidencia del desempleo tiende a aumentar en forma más o menos constante con la edad—afirma la O.I.T.—, se refleja en las estadísticas de muchos países donde se establece la proporción por edad de los trabajadores que están disponibles. A los 40 años puede ya presentarse una frecuencia de desempleo que sobrepase el promedio, pero a la edad de 60 ésta es bastante marcada. Las estadísticas indican también que la duración del período de desempleo de los trabajadores de edad avanzada es en general mayor que la de los trabajadores jóvenes; todo lo cual significa, en concreto, que a medida que los trabajadores envejecen se les hace más difícil mantenerse en un empleo, ocurren períodos más largos de desocupación entre uno y otro empleo, y, finalmente, se ven permanentemente imposibilitados para conseguir otra ocupación remunerada”.

El tercer factor cuya importancia es también ponderable, es la justa expectativa de un trabajador a gozar de un descanso rentado en su vejez, aun cuando se encuentre físicamente apto y cuente con empleo permanente, lo que lleva a reconocer este derecho por determinado número de años antes de la muerte, debiendo también ser regulado en relación con las variaciones demográficas de cada país.

Recientemente se ha reabierto el estudio de estos puntos y ha sido entonces a la vista de mejores y más documentados trabajos, que ha podido llegarse a conclusiones razonables, teniendo en cuenta que cuanto más prolongado sea el período de descanso, tanto mayor será el costo del seguro de vejez, que deberá ser repartido entre las generaciones activas.

“Tomando en cuenta que el período de trabajo activo —sustenta la O.I.T.—, puede prolongarse hasta 40 años, un tiempo promedio menor de 5 años sería demasiado corto; tal vez un período de diez años sería más razonable”; añadiendo, “sin embargo, tratar de establecer un tiempo promedio de jubilación de una duración considerablemente mayor de diez años puede tener como consecuencia exorbitantes costos de pensión y dificultades financieras”.

Es pues interesante con el propósito de situar esta afirmación en sus términos reales, apuntar la expectativa de vida en algunos países americanos que figuran en el Anuario Demográfico de las Naciones Unidas (1948-51-52), de donde los ha tomado el Informe de la O.I.T., preparado para la Quinta Conferencia Interamericana y que ahora glosamos: de Seguridad Social, realizada en Caracas, 1955.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Expectativa de la vida de hombres a las edades de 55, 60 y 70 años**

(Número promedio de años de vida que resta a un hombre que sobrevive la edad especificada, según las condiciones de mortalidad prevalentes durante los períodos indicados).

País y período	Edad	Edad	Edad	Edad
	55	60	65	70
Canadá (1947) .. ..	20.0	16.5	13.3	10.4
Chile (1940) .. ..	15.7	13.0	10.6	8.5
Guatemala (1939-41) ..	14.7	12.2	10.0	8.0
México (1940) .. ..	16.1	13.4	10.9	8.7
Panamá (1941-43) ..	—	14.5	—	9.8
Estados Unidos (población blanca) .. ..	19.9	15.5	12.4	9.8

Finalmente es interesante anotar la expectativa de vida de los habitantes de la ciudad de Lima para los años 1933, 1934 y 1935, según la Tabla de Sobrevivientes elaborada por el actuario doctor Franz Schrufer, que la referiremos sólo a las edades precitadas:

Edad	Expectativa
A los 55 años	14.6 años
A los 60 años	11.8 años
A los 65 años	9.4 años
A los 70 años	7.1 años

**a).—Conferencias Mundiales**

La Conferencia Internacional del Trabajo, adoptó en 1933 los Convenios N<sup>os</sup>. 35 y 36 sobre seguro de vejez y la Recomendación N<sup>o</sup> 43.

Los dos primeros disponían que la edad mínima de los regímenes de seguro de los asalariados “no podrán exceder de los 65 años completos. La Recomendación citada en cambio, relativa a los principios de los seguros de invalidez, vejez y muerte, anhelaba que ese límite fuera rebajado en cinco años”, tan pronto lo permita la situación demográfica, económica y financiera del país, a fin de “aligerar el mercado del trabajo y garantizar el descanso de los trabajadores ancianos”.

Vuelve la misma Conferencia a ocuparse del seguro de vejez en su 26<sup>a</sup> reunión del año 1944, en una Recomendación (N<sup>o</sup> 67) de carácter general prescribiendo en su artículo 12<sup>o</sup>:

“La prestación de vejez debería pagarse cuando se alcance una edad prescrita, que debiera ser aquella en la que comúnmente las personas son incapaces de efectuar trabajo eficiente, en la que la incidencia de la en-

## INFORMACIONES SOCIALES

fermedad y de la invalidez es elevada y en la que el desempleo si lo hubiera, sería probablemente permanente”.

En vía de sugerencia señaló entonces como edad límite, *65 años para los hombres y 60 para las mujeres como máximo*, salvo el caso de personas que “durante muchos años hayan trabajado en labores penosas o insalubres” para quienes se contemplaba la posibilidad de rebajar la edad.

Por último, el año 1952, adopta la Conferencia el Convenio N° 102 relativo a la Norma Mínima de Seguridad Social, cuyo artículo 26° repite que la edad límite *no debiera exceder los 65 años*, y, dando flexibilidad a este límite, con clara referencia a algunos países europeos, autorizó la fijación de edades más elevadas.

### b).—Conferencias Regionales

Al reunirse en 1936 la Primera Conferencia del Trabajo de los Estados de América Miembros de la O.I.T., aprueba en su resolución relativa a los principios y fundamentos del seguro social (Capítulo V) iguales conclusiones a las ya señaladas anteriormente, es decir, que la pensión de vejez debiera ser otorgada a los *65 años a lo más*, anhelando se rebajara a los 60, por iguales razones que las previstas en la Recomendación N° 43.

En el curso del último año dos nuevas e importantes reuniones regionales se han ocupado de este mismo problema: la Quinta Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y la Primera Conferencia Regional Europea de la O.I.T.

La primera de ellas, al abordar este punto se remite en su resolución N° 48 al ya citado Convenio N° 102 sobre Norma Mínima de Seguridad Social, decidiendo que la edad mínima *no sea superior a los 65 años*. Dicho texto resolutorio recuerda que en todo caso los límites que se señalan deberían estar vinculados con la *economía y el panorama social de cada país*, haciéndose recomendación expresa a que cualquier modificación sea hecha con la mayor prudencia, a la vista de estudios demográficos y sociológicos.

La Primera Conferencia Regional Europea de la O. I. T., ha señalado asimismo, una edad mínima variante entre *60 y 65 años inclusive*, confirmando que las mujeres gocen de este beneficio con 5 años de anticipación y haciendo mención de dos factores de gran interés en los aspectos económico y social de las pensiones de vejez: el relativo a la expectativa de vida que puede tener un hombre sobre la edad límite, lo que significa estimar la prolongación del descanso jubilatorio a la vista del número probable de años que debe servirse la pensión, y que las decisiones en este ámbito debieran tomarse en relación estrecha con la capacidad del mercado del trabajo para absorber la mano de obra de personas de edad avanzada.

### c).—Prácticas Nacionales

De un reciente trabajo practicado por el señor Daniel Gerig, de la División de Seguridad Social de la O. I. T., aparece que “la edad de pensión que rige actualmente en los sistemas generales de jubilación se establece como sigue, en orden decreciente: 70 años en tres países y 67 en dos, para toda clase de personas; edad límite uniforme de 65 años para

## INFORMACIONES SOCIALES

hombres y mujeres en doce países y de 65 años para hombres y 60 para mujeres en diez países; edad límite de 60 años en once países y de 60 años para los hombres y 55 para las mujeres en ocho países. Finalmente en un país se especifica la edad de 55 años para toda clase de personas; en dos, de 55 años para los hombres y 50 para las mujeres y en uno de 50 años para toda clase de personas”, representando así la edad de 65 años el límite más frecuente.

### II.—LA CUANTIA DE LAS RENTAS

Este es otro de los aspectos vinculados con el costo financiero de las pensiones de vejez sobre el que influye de manera inmediata.

Generalmente en regímenes de carácter contributivo los fondos disponibles provienen del empleador, el empleado y en algunos casos el Estado, cuya participación tendrá que ser necesariamente mayor cuanto más altas sean las pensiones que se otorguen. Directamente relacionado con este mismo punto, está la condición del retiro que se exige como requisito para el disfrute de las rentas vitalicias, sea en forma total o parcialmente ex-cuyente.

Se reconoce en todo caso que las pensiones deben ser suficientes para cubrir las necesidades del beneficiario y sus dependientes. Frente a esta preceptiva, se debate sin embargo la conveniencia de graduar las pensiones a las rentas preexistentes y se acepta integrar los beneficios con criterio ajustado a los años durante los cuales los imponentes verificaron pagos a los fondos de previsión. Finalmente ya se ha generalizado la justa práctica de atribuir en los tiempos computables, aquellos correspondientes a períodos de enfermedad o desocupación involuntaria.

En algunos casos —este parece ser el criterio predominante en determinados países latinoamericanos—, se incurre en el error de juzgar las rentas jubilatorias en función de los contratos privados de seguro. Así se explica el auge que en el pasado se dió a las jubilaciones por tiempos de servicios y las dificultades que enfrentan la introducción de sistemas de seguro social.

No se percibe siempre con nitidez las derivaciones económicas a que puede conducir el recargo de un alto costo de mantenimiento del seguro de vejez. Tampoco se aprecia las fluctuaciones que en el mercado de precios pueden ser registradas y menos aún el hecho de que, en función de lo anterior, es la colectividad la que sufre pagando tales jubilaciones.

En este sentido la experiencia es particularmente aleccionadora según hemos de ver más adelante, no pudiendo generalizarse sin embargo los resultados de uno a otro país.

Confirmando lo anteriormente expuesto, la O.I.T., reconocía el hecho de que las contribuciones que se imponen a los empleadores pueden eventualmente ser cargadas a los consumidores mediante el aumento de precios, sin que en su caso los límites de capacidad contributiva sean tan rígidos como para los trabajadores, recordando además que los principales “deben soportar otras cargas sociales para beneficio de sus trabajadores y que si el peso total de estas cargas se hace excesivo, puede obstaculizarse la producción, y al mismo tiempo, los precios de los artículos de consumo pueden sufrir aumentos anormales”.

## INFORMACIONES SOCIALES

De allí pues que el seguro social no llegue a otorgar pensiones equivalentes al cien por ciento de los ingresos precedentes, que además no tome con criterio exclusivo los años de servicio como un elemento determinante y que por último exija en algunos casos el retiro como condición indispensable.

El criterio que se impone en esta esfera es el de conceder prestaciones adecuadas, cuando se ha producido el riesgo de vejez, es decir cuando han cesado o disminuído los ingresos provenientes del trabajo.

Se fundamenta dicha práctica en normas de carácter social, entre las que se menciona el hecho de que las necesidades de los asegurados son menores al llegar a la edad de la jubilación que durante su período de vida activa, en razón de que normalmente han desaparecido o disminuído los gastos relativos al sostenimiento de hijos menores, sus propias expensas en alimentación, vestido, transportes, exigencias sociales, etc.

Asimismo se hace ostensible la diferencia entre éste y otros riesgos; la enfermedad, la invalidez, la muerte y la desocupación son generalmente contingencias que en cualquier momento pueden suspender o anular definitivamente los ingresos de un jefe de familia. La vejez en cambio, constituye un acontecimiento sobre el que hay evidencia acerca de la época de su realización y que necesariamente alcanzará al individuo a condición de que superviva. Este hecho permite hacer previsiones para la fecha en que aparecen los fenómenos económicos de la senectud, tales como el ahorro, construcción de vivienda, etc.

En distintas oportunidades la Conferencia Internacional del Trabajo se ha ocupado del estudio relativo a la cuantía de las pensiones de vejez. La Recomendación N° 43 declaraba en términos generales que "la pensión debería cubrir las necesidades esenciales", añadiendo en relación a los regímenes en los que las cuotas son proporcionadas a los salarios, que "los asegurados que tuvieren abonadas en su cuenta las cotizaciones correspondientes a la duración media de la vida profesional activa, deberían obtener una pensión que corresponda a su situación social durante el período de actividad profesional", sugiriendo que tratándose de asegurados con 30 años efectivos de cotización, la renta no debería ser inferior a la mitad del salario asegurado.

Señalando aún pautas más precisas acerca de la cuantía de las prestaciones en numerario de los distintos riesgos comprendidos en los sistemas de seguridad social, el Convenio N° 102, fija los porcentajes mínimos que aparecen del siguiente cuadro, referidos a un beneficiario tipo con cargas familiares:

Partes	Contingencias	Beneficiarios	Porcentaje
III	Enfermedad .. .. .	Hombre con cónyuge y dos hijos .. .. .	45
IV	Desempleo .. .. .	Hombre con cónyuge y dos hijos .. .. .	45
V	Vejez .. .. .	Hombre con cónyuge en edad de pensión ..	40

## INFORMACIONES SOCIALES

Partes	Contingencias	Beneficiarios	Porcentaje
VI	Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales:		
	Incapacidad para trabajar . . . . .	Hombre con cónyuge y dos hijos . . . . .	50
	Invalidez . . . . .	Hombre con cónyuge y dos hijos . . . . .	50
	Sobrevivientes . . . . .	Viuda con dos hijos . . . . .	40
VIII	Maternidad . . . . .	Mujer . . . . .	45
	Invalidez . . . . .	Hombre con cónyuge y dos hijos . . . . .	40
	Sobrevivientes . . . . .	Viuda con dos hijos . . . . .	40

Por último, el interesante Informe preparado el año 1955 para la Quinta Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, recomienda que los porcentajes de las rentas del seguro de vejez, "deben ser considerablemente menores que el cien por ciento de los salarios y aunque no es posible señalar una tasa específica como más aconsejable que otra, puede decirse que un margen razonable dentro del cual podría fijarse este porcentaje, sería del 40 por ciento al 66 dos tercios o 70 por ciento".

### Las Cajas de Jubilaciones

Al estudiar las pensiones de vejez no puede prescindirse de enumerar, aunque sea sumariamente la forma en que se regulan esas rentas en la esfera de las Cajas de Jubilaciones Latinoamericanas.

De acuerdo a lo ya dicho, estas instituciones otorgan prestaciones de jubilación, sujetas a dos requisitos, que en algunos casos tienen carácter alternativo y en otros copulativo; pero en todo caso el simple transcurso del tiempo marca la exigencia principal para tener derecho a las pensiones de vejez.

Esta condición considerada así en forma absoluta, es extraña a los principios y a la técnica del seguro social, que ofrece sin embargo la ventaja reconocida de su mayor liberalidad en cuanto a los requisitos para el goce de pensiones, particularmente tratándose de las primeras generaciones, y su unidad en la cobertura de los principales riesgos sociales sin referencia alguna a los servicios prestados sólo a determinados empleadores.

Es conveniente a este respecto recordar algunos de los defectos involucrados en los sistemas profesionales que condicionan el otorgamiento de la prestación a un determinado tiempo de servicios:

1º—Se exige en estos sistemas períodos de calificación variables de 30 a 35 años para el otorgamiento de pensiones, los que si bien pueden ser cumplidos por los trabajadores jóvenes, es difícil o imposible que sean cubiertas por quienes al momento de implantarse se hallen en edad madura.

## INFORMACIONES SOCIALES

2º—Como quiera que este tipo de regímenes se aplica sólo a determinadas ocupaciones, ocurre que el empleado debe permanecer al servicio del mismo empleador a fin de poder gozar de la jubilación, siendo así que la experiencia demuestra la notoria mutación de los empleados de una a otra actividad, que convierte la expectativa en un simple espejismo para muchos.

3º—“Las pensiones que varían estrictamente según la duración del servicio anota la O. I. T., no se adaptan desde luego a los riesgos de invalidez y muerte. Estos son riesgos que pueden acaecer aisladamente a cualquier edad y las pensiones con base en la duración del servicio, serán enteramente inadecuadas en caso de incapacidad o muerte de un trabajador a una edad temprana. En consecuencia, si para computar las pensiones de vejez se usa una norma estricta de tiempo de servicios, ésta no podrá empalmarse fácilmente con las formas de cómputo usadas en el seguro de invalidez y de sobrevivientes, cuya imposibilidad constituye una seria desventaja”.

4º—Los sistemas de previsión en los que se da mayor énfasis a los seguros de vejez, sacrifican corrientemente la cobertura del primer y fundamental riesgo social, cual es el de la enfermedad, sea de corta o larga duración o determinante de invalidez, que se inicia muchas veces a través de un estado mórbido, destruyendo parcial o totalmente la capacidad económica del trabajador en forma transitoria o permanente y causando consecuentemente pobreza o miseria en el seno familiar y en el ámbito nacional.

5º—El simple transcurso del tiempo, es un elemento importante en la constitución de las pensiones de vejez, pero al no fijar edades mínimas de goce facilita la jubilación a edad temprana, justamente criticada por su carácter antisocial y antieconómico.

6º—La jubilación otorgada mediante el sistema de Cajas profesionales, es necesariamente limitada en su campo de aplicación, pues son pocas las empresas que por su volumen económico pueden establecerlas, quedando a su lado sin protección la gran mayoría de trabajadores al servicio de firmas, en las que sería materialmente imposible el funcionamiento de estos regímenes.

En la esfera del seguro social las pensiones de vejez se señalan y conceden con criterio social. De ahí la exigencia de un límite mínimo de edad conjuntamente con el cumplimiento del período de calificación, con vista a los cuales se calcula en función de los salarios, rentas suficientes para el sostenimiento del beneficiario y de sus dependientes.

Es importante recordar los efectos de orden negativo que han desencadenado en distintos países de América los sistemas jubilatorios.

En Chile se repite con insistencia la inconveniencia de conceder rentas jubilatorias sin fijación de edad mínima o situando ésta en niveles muy bajos. El Director General de Previsión Social en este país, señalaba así en una de sus Memorias:

“Es necesario eliminar toda tendencia al abuso del retiro prematuro, que genera una atmósfera de ociosidad social, que induce a buscar en la jubilación un medio de vida para personas con plena capacidad de trabajo. Este es el hecho que ocurre precisamente en las interferencias

## INFORMACIONES SOCIALES

de orden jurídico que establecen entre una “disminución en la edad límite de actividad y que aún llegan hasta insinuar la jubilación obligatoria; interferencias que si llegaran a prosperar harían ingresar prematuramente a la pasividad a activos con plena capacidad de trabajo, ocasionando una disminución del nivel del bienestar general. Al mismo resultado conducen las prácticas jubilatorias por antigüedad en los servicios, si no se consideran la edad alcanzada por el beneficiario y su capacidad de trabajo”.

Existe un reciente y muy importante documento enjuiciatorio de la presente situación económica de Chile, emanado del titular del portafolio de Hacienda en mensaje dirigido al Congreso de ese país.

Al analizar el actual proceso inflacionario, el Ministro de Hacienda hace mención específica del rol que en la agravación de aquél ha correspondido a los programas de previsión social, calificándolos como “otro ejemplo de los desórdenes económicos que concurren en nuestro país a intensificar el proceso de la inflación”.

“Entre nosotros —agrega—, se está perdiendo el concepto de la seguridad social para sustituirlo por un espíritu pródigo y dadivoso que habrá de volverse, precisamente, contra aquellos a quienes pretende favorecer. Después de 30 años de previsión en Chile, el sistema se ha desnaturalizado. Tal como está funcionando hoy día, es más bien un régimen de asistencia social, que a veces no se limita a proporcionar la necesaria seguridad, sino que ofrece a muchos privilegiados un medio fácil de enriquecimiento, lo que contrasta dolorosamente con la paupérrima condición de muchos viejos jubilados”.

“El régimen de jubilaciones prematuras nos depara a cada paso la sorpresa de jóvenes de 30 años que ya gozan de un retiro bien rentado. La jubilación concurrente con el beneficio de la indemnización nos ofrece el cuadro paradójico de un doble recurso para hacer frente a un mismo riesgo”.

Más adelante en este mensaje se incide sobre el alto monto de algunas jubilaciones, su reajuste con las rentas de los cargos de los activos, sobre la práctica acumulativa de goces, señalando que al 31 de mayo de 1954 los jubilados y pensionados sumaban 75,295, o sea “un pasivo por cada 2.4 activos”.

Finalmente, al señalar las pautas que inspirarían la reforma del régimen chileno de previsión, apuntaba que una de las normas sería la siguiente: “la jubilación sólo debe obtenerse cuando se pierde la aptitud para trabajar o cuando se cumpla una edad determinada”.

Bolivia representa otro caso de interés en cuanto concierne a la deficiente organización y desde luego protección de las cajas jubilatorias.

En el año 1950 se inició el proceso de la conversión de estos sistemas en un plan de seguro social. El actuario que condujo estos trabajos —doctor Gonzalo Arroba—, se refería a la Caja de Jubilaciones para el Ramo Administrativo, que en forma por demás magnánima, ofrecía renta vitalicia de equivalencia al 100 por 100 del último haber, con el simple requisito del cumplimiento de 20 años de servicio. Lateralmente al alcanzar un afiliado los 60 años garantizaba iguales rentas, aunque con porcentajes diversos en relación con el tiempo de servicios prestado. Cubría

## INFORMACIONES SOCIALES

en cambio después de 15 años el riesgo de invalidez permanente, con rentas variables de acuerdo al historial de trabajo, pero ignoraba el seguro de enfermedad y las pensiones de supervivencia, limitándose el beneficio en caso de muerte al otorgamiento de asignaciones mortuorias, gastos de funeral y, en casos, devolución de aportes. Con estos requisitos podría darse el caso de empleados jubilados a edades aún menores de 40 años, sea por cumplimiento de servicios completos o parciales.

No es de extrañar pues que de los estudios practicados apareciese que: "lo más grave de este proceso ha sido que los derechos que se crearon para todos los integrantes del grupo o colectividad, pudieran hacerse efectivos solamente para unos pocos, convirtiéndose así en privilegios de que no podrán disfrutar los más, porque se extinguieron o se extinguirán muy pronto las posibilidades económicas de las Cajas".

"Y es que agrega el mismo experto, "en Bolivia como en otros países latinoamericanos se dió paso al entusiasmo del momento o a la presión de los grupos interesados y se improvisaron Cajas Jubilatorias sin ver o mejor dicho sin querer ver que se estaba dando vida precaria a instituciones que llevaban latente desde su origen la causa de su fracaso".

Un juicio equivalente al anterior emitía el señor Roberto Pérez Patrón, Profesor de la Universidad de San Andrés, señalando que: "los seguros sociales, parte importante de la moderna seguridad social, han surgido en Bolivia, como en los distintos países iberoamericanos en forma de regímenes jubilatorios o de retiro, sin previos estudios ni cálculos actuariales, con limitado campo de aplicación y obedeciendo tan sólo a la presión interesada de grupos de servidores del Estado o de trabajadores de empresas privadas. De ahí los numerosos defectos de tal sistema basado en el empirismo y no en una concepción científica y equilibrada en cuanto a su constitución financiera y su funcionamiento administrativo".

Señala luego que, "tales anomalías debían tener por resultado, a la larga, el desfinanciamiento de las Cajas y la imposibilidad de que sigan cumpliendo sus compromisos, como que así ha ocurrido con varias de ellas".

Parece que en algunos casos la situación de las Cajas argentinas es similar, pues así se desprende del concepto emitido en distintas oportunidades por el eminente Profesor, doctor José Gonzáles Galé, quien refiriéndose a la Caja Nacional de Pensiones y Jubilaciones de la República Argentina expresaba:

"La Caja, pues, nacía en condiciones desfavorables. Pero como en todas las instituciones de esta naturaleza, las fallas fundamentales de su organización no se hacían visibles para los profanos, (es decir para la inmensa mayoría de las gentes), sino al cabo de muchos años. Y al ver subir en los balances, paulatinamente, la cifra representativa de los fondos acumulados se consideró sólida la situación ante el aumento de capital. Porque como no se tomaba en cuenta el pasivo representado por los compromisos futuros, todos aquellos fondos eran capital. El capital crecía pues por un procedimiento muy simple: el de ignorar el pasivo".

## INFORMACIONES SOCIALES

En Cuba, donde existen 52 Cajas de Jubilaciones (hoy día el número es más elevado, pues se han instituido nuevos organismos), el Secretario del Consejo Nacional de Economía y Presidente del Instituto Cubano de Derecho del Trabajo y Previsión Social, reconocía en cuanto a las mismas que su: "grave defecto consiste en que carecen de universalidad y de continuidad, ya que no protegen a todas las clases asalariadas económicamente débiles, sino a determinados y privilegiados sectores de la misma, y dentro de cuyo sistema el trabajador pierde sus derechos cuando cambia o cesa en su actividad profesional. En la actualidad, estamos estudiando la posibilidad de establecer sobre sólidas bases actuariales un sistema unificado y orgánico de seguros sociales de amplia cobertura y de carácter nacional".

Permitásenos aún citar un último caso: el de Panamá. El año último el actuario de la Caja del Seguro Social, señor Augusto Vives Sandoval, refiriéndose al sistema de previsión panameño señalaba el número y costo actual de las pensiones jubilatorias, puntualizando los defectos del régimen vigente en esta materia, que concede este goce por 20 o 25 años de servicios, sin exigencia alguna de límite de edad, y que fijan la cuantía entre el 75 y el 100 por ciento del último sueldo, o en algunos casos, en niveles superiores al mismo, agregando: "Sin entrar en detalles de índole matemática, podemos asegurar que el costo de una jubilación típica, por 25 años de servicios más o menos, sin fijación de límites de edad y por el último sueldo de un asegurado, es prohibitivo y se necesitará descontar mensualmente en promedio, alrededor del 25 por ciento del sueldo para costear dicha jubilación".

Haciendo el análisis de las leyes vigentes sobre esta materia el mismo experto señalaba que: "es claro que a los autores de dichas leyes les ha guiado el laudable propósito de contribuir al mejoramiento social y económico de ciertos grupos de trabajadores, pero lo cierto es que se ha desconocido, al confeccionar esas leyes, los principios básicos, sociales y técnicos en que descansan los regímenes de seguridad social. Se ha hablado, por quienes han percibido la gravedad del problema y advertido el peligro que representa su continuidad, de dictar una ley general de jubilaciones para todos los empleados públicos, para así acabar con la anarquía y con la desaprensiva expedición de nuevas leyes en cada legislatura".

Dentro de la brevedad de estos apuntes, es posible llegar a un juicio cabal sobre las quiebras que en distintos países latinoamericanos vienen sufriendo los regímenes jubilatorios, y que atentan no solamente contra el patrimonio de las respectivas Cajas, sino contra la estabilidad económica de las naciones. Es evidente que esta práctica se ha visto estimulada por los generosos sistemas de goces de los servidores del Estado.

El problema se plantea pues ahora en términos de reforma de los diversos sistemas de previsión, cuyos resultados son en algunos casos, discutibles en la forma en que han venido funcionando, en otros notoriamente inadecuados y en casi todos ostensiblemente onerosos para los beneficiarios y los respectivos países.

# *Boletín Institucional*

## ADQUISICION DE TERRENOS

El Consejo Directivo de la Caja en su sesión de 21 de octubre último, acordó la compra de los siguientes terrenos:

**Huacho.**— 5,226 metros cuadrados de propiedad de la Beneficencia Pública de dicho lugar por un valor de S/. 209,040.00.

**Chiclayo.**— Un lote de propiedad de don Dionisio Mendoza con un área de 4,200 metros cuadrados por un monto de S/. 210,000.00.

**Trujillo.**— Dos lotes contiguos correspondientes a la lotización de la antigua Casa Tapia con un área de 424.80 metros cuadrados y cuyo valor de compra asciende a la suma de S/. 148,505.00.

**Lima.**— El Director-Gerente expuso que de acuerdo con la política que se había trazado la Institución de proporcionar viviendas a los obreros, había considerado la posibilidad de comprar un terreno rústico en la Urbanización La Pólvora en una extensión de 48.770 metros cuadrados, y cuya propietaria es la señorita Isabel Krüger, que lo ofrece al precio unitario de S/. 35.00 por metro cuadrado, sin obras de agua ni desagüe.

El Consejo acordó adquirirlo en principio, debiendo ser previamente inspeccionado el indicado terreno por el Presidente del Comité de Inversión del Fondo de Empleados, señor Eugenio Isola, y con cargo de que se presente al Consejo el proyecto de ejecución de las obras necesarias para convertirlo en urbanizable.

En posterior reunión, su fecha 24 de noviembre de 1955, el Consejo fué informado por el Gerente de la Institución señor Noel, en relación con el terreno de La Pólvora, de la respuesta del Director General de Fomento y Obras Públicas, sobre la posibilidad de establecer servicios de desagüe en el mencionado lote.

Igualmente el Director, señor Isola, manifestó que cumpliendo encargo del Consejo, había visitado el lote cuestionado y que le parecía conveniente su adquisición por el precio ofrecido, pues realizando la Caja las obras de urbanización, el precio de costo por metro cuadrado de terreno urbanizado, resultaría conveniente.

Previo la lectura del estudio financiero de la Gerencia sobre el costo del terreno urbanizado, el Consejo acordó adquirir dicho terreno,



## INFORMACIONES SOCIALES

autorizando al Gerente señor Noel a la firma de la minuta y escritura pública correspondientes.

**Arequipa.**— a).—Expresó el señor Gerente que en virtud del acuerdo anterior del Consejo, se había solicitado del Gobierno la expropiación de los terrenos contiguos al Hospital de Arequipa de propiedad de los señores Valdivia y Santillana y que cumplía con informar que se había expedido la Resolución Suprema de 4 de noviembre último, que declara de necesidad y utilidad pública para las obras de ampliación del Hospital Obrero de Arequipa, la expropiación de los dos lotes pertenecientes a las indicadas personas; por lo que, en cumplimiento de la expresada Resolución, se va a iniciar de inmediato los trámites requeridos para llevarla a efecto.

b).— El Consejo autorizó también la adquisición de un terreno ubicado en la calle del Filtro, contiguo a la construcción del Hospital del Empleado en la ciudad de Arequipa al precio de S/. 80,760.00 más el costo de las obras adicionales de pavimentación como aceras, muros, etc., de propiedad del Seguro Social del Empleado, inmueble que se necesita, igualmente, para la remodelación del Hospital Obrero de Arequipa.

**Piura.**— El Consejo autorizó la adquisición de dos lotes de propiedad de la Municipalidad de ese lugar con un área total de 7,335 metros cuadrados y que forman ambos una manzana, esto es, una sola unidad inmobiliaria.

**Posta de Vitarte.**— Manifestó a este respecto el señor Gerente que se encontraba en poder de la Gerencia la escritura de cesión del terreno hecho por la Inca Cotton Mill para la construcción de la Posta, y que muy pronto se diseñarían los planos respectivos.

El Consejo dispuso que se acelerara el diseño de los planos de la Posta de Vitarte, con el propósito de iniciar su construcción.

### APARATO DE PROTESIS PARA UN ASEGURADO

Dió cuenta el Director-Gerente, señor Zapata, de la solicitud presentada por uno de los asegurados de la Caja, para que se le proporcione una pierna ortopédica en razón de haber sido declarado inválido como consecuencia de una operación que se le ha efectuado en el Hospital Obrero de Lima, agregando, que aun cuando el pedido está fuera de las reglas del Seguro, por cuanto la Institución según su Reglamento no está obligada a otorgar aparatos de prótesis, opinaba por que se le acordase, en virtud de que del informe del médico tratante aparece que dicho aditivamente puede hacer desaparecer la invalidez.

El Consejo atendiendo a que el suministro del indicado aparato puede permitir rehabilitarse al inválido, acordó suministrarle la pierna artificial y suprimirle la pensión desde el momento en que por este medio se logre su recuperación.

## INFORMACIONES SOCIALES

**SUBVENCIONES A PROFESIONALES DE LA  
INSTITUCION**

El Consejo, consecuente con su política de propiciar la capacitación y perfeccionamiento técnico de los profesionales al servicio de la Caja a través de viajes al extranjero, acordó en su reunión de 25 de octubre último, otorgar una cooperación económica a los siguiente médicos:

Al doctor Alfonso Montagne, Médico-Jefe del Servicio de Ortopedia del Hospital Obrero de Lima, para que estudie la organización de los Servicios Permanentes de Emergencia Médico-Quirúrgicos en el ramo de Ortopedia, en los Estados Unidos.

Al doctor Javier Márquez, médico de la Junta Médica Central, para que dé cumplimiento a la comisión que en Europa debe de realizar por designación del Supremo Gobierno.

Al doctor Herbert O'Hara Ebell, médico del Hospital Obrero de Lima, para que asista al curso que sobre "Problemas Dermatológicos Ocupacionales" ha organizado el Colegio de Medicina de la Universidad de Cincinnati, Ohio, al cual ha sido invitado.

Igualmente en su reunión de 24 de noviembre último, el Consejo acordó conceder al Dr. Roger Pinillos, Médico-Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital Obrero de Lima, cuatro meses de licencia con goce de haber así como una asignación en concepto de bolsa de viaje, para que realice estudios en Europa referentes a Cirugía Vasculat Periférica, materia a la cual viene dedicándose.

**PARTICIPACION EN LA XII ASAMBLEA DE LA ASOCIACION  
INTERNACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL**

Informó el señor Zapata que en la ciudad de México D. F. se realizaría en el mes de noviembre, la Asamblea del rubro, y que con este motivo solicitaba autorización del Consejo para concurrir a ella en representación de la Institución, Asamblea en la cual presentará una ponencia sobre el tema "Seguro de Enfermedad en América Latina".

El Consejo autorizó al Director Gerente, señor Ernesto Zapata, para viajar al extranjero con el propósito de que concurra en representación de la Institución a la XII Asamblea de la Asociación Internacional de Seguridad Social, y le acordó, con este motivo, las asignaciones correspondientes.

**EXPOSICION FINANCIERA: LEY 12433**

En sesión de fecha 24 de noviembre último, el señor Teodoro Noel, Gerente de la Institución informó al Consejo, que con motivo de estar comprendidas las rentas del Seguro en la Ley 12133 que dispone la transferencia al Fisco de los mayores ingresos que arrojen las cuentas especiales, el doctor Jorge de la Romana, Ministro de Salud Pública y Presidente del Consejo, gestionó ante el Presidente de la República y Minis-

## INFORMACIONES SOCIALES

tro de Hacienda, la exclusión de los ingresos del Seguro Social del régimen de la referida ley, logrando enviar al Congreso un proyecto de ley que tenía la satisfacción de anunciar al Consejo, se había convertido en la ley 12433.

Que con este motivo felicitaba en su nombre y en el de los señores miembros del Consejo al señor Ministro por su acertada gestión en favor de la Caja, manifestando, además, que con motivo de no haber entregado la Caja de Depósitos y Consignaciones, el saldo de la recaudación de septiembre, la Institución se había visto precisada a disponer de las cuentas a plazo fijo que tenía en los Bancos Comerciales y la del Banco de Fomento Agropecuario. Que a este respecto debía manifestar, que las sumas retiradas de los Bancos Comerciales se restituirían con la recaudación del mes de octubre.

Que además debía dejar constancia de la cooperación brindada por el señor Presidente del Directorio de la Caja de Depósitos, señor Carlos Roldán Seminario. Por último manifestó que tan pronto el Supremo Gobierno devolviese el saldo de la recaudación del mes de septiembre, se reintegraría al Banco de Fomento Agropecuario la suma retirada y que se encontraba empozada en la cuenta de depósitos a plazo indefinido.

El Consejo aprobó la exposición del señor Gerente.

### **EQUIPO SANITARIO PARA EL HOSPITAL DE HUARIACA**

El Consejo acordó adquirir en la Casa A. F. Wiese S. A., con destino al Hospital Obrero de Huariaca un pedido de aparatos sanitarios por valor de US\$ 7,445.47, cantidad a la que debe agregarse US\$ 1,786.93 aproximadamente por concepto de gastos de flete, seguro, C.I.F. Callao, o sea, en total US\$ 9,232.40, aproximadamente.

### **OBRAS DE AMPLIACION DEL HOSPITAL OBRERO DE HUACHO**

El Sr. Gerente recordó que en la sesión de 22 de setiembre último, se había aprobado la ampliación del primer piso del Hospital Obrero de Huacho, con el propósito de dar mayor amplitud a la sala de maternidad así como también la construcción de una cámara frigorífica y expresó, que como continuación de las obras de ampliación, el Departamento de Ingeniería ha formulado los planos respectivos, cuyo detalle de costo estimativo dió a conocer, haciendo presente, que las obras citadas son muy urgentes debido a la super-población de hospitalizados.

El Consejo acordó autorizar la continuación de las obras, comenzando por las más indispensables.

### **PRESTAMOS OTORGADOS POR EL FONDO DE EMPLEADOS**

La siguiente es la relación de servidores de la Caja Nacional de Seguro Social, que han obtenido préstamos para la construcción, ampliación, reconstrucción o compra de viviendas destinadas a casa-habitación:

## INFORMACIONES SOCIALES

## Sesión de 16 de noviembre de 1955

Sr. Luis Alcedán Febrero . . . . .	S/.	96.111.22
Sr. Alfredo Corzano Pérez . . . . .	„	34.150.01
Sr. Fernando Camacho Grasso y Sra. Carmen Salinas de Camacho . . . . .	„	84.000.00
Sr. Erasmo Carranza Iribaren . . . . .	„	50.343.97
Sr. Hugo Lizárraga Morla . . . . .	„	82,381.04
Sr. Guillermo Ballón Landa . . . . .	„	78,418.02

**Ampliaciones**

Sr. Jorge Aubry Bravo . . . . .	S/.	50.000.00
Sr. Gilberto Horna Cabrejos . . . . .	„	31.771.37
Sr. Antonio de Loayza Castañeda . . . . .	„	8.737.38
Sr. Arturo Petit García de la Arena . . . . .	„	23,264.67
Sra. Sara Daneri vda. de Omonte . . . . .	„	3.000.00

# Información Nacional

## SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA

Con motivo del 25 aniversario de la fundación de la Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión", fué organizado en nuestra capital, durante los días 23 y 29 de octubre, el certamen del rubro, que reunió cerca de seiscientos médicos peruanos y connotados profesionales extranjeros procedentes de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Estados Unidos y México.

Con tal razón, el Ministerio de Salud Pública, así como la Superintendencia General de Hospitales de la Caja Nacional de Seguro Social, concedieron facilidades a los médicos de las distintas regiones del país para que asistieran a este importante Congreso, que vuelve a tener lugar después de 27 años.

El temario comprendió cuatro capítulos: 1º — Ciencia y Técnica Médica; 2º Enseñanza Médica; 3º Trabajo Médico; y 4º Previsión Social Médica, habiendo sido presentados más de 200 trabajos y ponencias entre peruanas y extranjeras.

Fueron sus finalidades, entre otras, las de fomentar el progreso de la Ciencia y Técnica Médicas, contribuir al mejoramiento de la Salud Pública, compulsar la situación sanitaria del país, encauzar la resolución de los problemas médicos y mantener más estrechas relaciones entre los miembros de la profesión.

Conviene anotar que asambleas de este género contribuyen eficazmente a poner de manifiesto los apremiantes problemas de nuestra realidad, así como exponer los postulados que deben adoptarse de acuerdo con los estudios practicados

La sesión inaugural realizada en el Paraninfo de la Facultad de Medicina, fué presidida por el Dr. Jorge de la Romana, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, quien declaró iniciado el certamen en representación del señor Presidente de la República, General Manuel A. Odría. El discurso de orden estuvo a cargo del doctor Eduardo Aguila Pardo, Presidente del Comité Ejecutivo del II Congreso.

Los numerosos profesionales asistentes integraron diferentes secciones y subsecciones, concitando especial interés, la discusión de las ponencias presentadas, así como el intercambio de puntos de vista sobre los puntos especializados.

Las sesiones de trabajo se realizaron en diversos locales tales como: la Facultad de Medicina, Hospital Obrero de Lima, Asociación Médica

“Daniel A. Carrión”, Maternidad de Lima, Hospital Loayza, Ministerio de Salud Pública, Hospital Dos de Mayo, Hospital del Niño, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, etc.

Con la aprobación de más de cincuenta conclusiones y recomendaciones relativas a los cuatro puntos básicos del temario, y el discurso pronunciado por el señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, doctor Jorge de la Romana, fué clausurado este importante certamen nacional.

### SEMINARIO LATINOAMERICANO SOBRE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE TRABAJO

Entre el 24 de octubre y 24 de noviembre del presente año, tuvo lugar en Lima, el primer certamen del rubro, organizado por la Oficina Internacional del Trabajo, con asistencia de Delegados y funcionarios de los países latinoamericanos, así como expertos de la O. I. T., quienes tuvieron a su cargo la orientación general del programa.

Por primera vez en el mundo, la O. I. T. junto con delegados de distintos países, ha estudiado en conjunto los problemas de administración del trabajo, que a los fines del Seminario comprendió las cuatro cuestiones básicas siguientes:

1º — Estudio de las responsabilidades generales y de la estructura y funcionamiento de un Departamento de Trabajo, tanto en el plano nacional como en el internacional;

2º — Estudio de los problemas de Relaciones de Trabajo en los planos nacional y de empresa, incluyendo legislación y reglamentación comparadas;

3º — Estudio de los problemas de la Inspección de Trabajo;

4º — Estudio de los problemas de la organización de servicios de mano de obra.

Los expertos de la O. I. T., señores Guillermo Gonzáles Rosales, Héctor Escribar Mandiola, John Fox y André Aboughanem, tuvieron a su cargo los cuatro puntos del temario, respectivamente.

La sesión inaugural tuvo lugar el día 24 de octubre, en el Auditorio del Ministerio de Trabajos y Asuntos Indígenas, ceremonia a la que asistieron representantes diplomáticos, delegados latinoamericanos, personas representativas de la producción, dirigentes sindicales y numeroso público. Inició la sesión el señor Alberto Lagnado, Director del Centro de Acción de la O. I. T. para América Latina, quien se refirió al significado e importancia de las experiencias que proporcionará el Seminario. Seguidamente el Ministro de Trabajo y Asuntos Indígenas, señor Carlos d'Ugard, dió la bienvenida a las delegaciones asistentes, declarando inaugurada la reunión con un discurso en que expresó la trascendencia del Seminario en lo relativo a las relaciones entre capital y trabajo, y a la justicia social.

Finalmente, en nombre del Director General de la O. I. T. y en su calidad de Secretario General del Seminario, hizo uso de la palabra el señor John Fox, quien se refirió a los objetivos, alcances y temas del

## INFORMACIONES SOCIALES

Seminario, haciendo además especial mención en los actuales programas de asistencia técnica que la O. I. T. está desarrollando en numerosos países. Remarcó al finalizar su importante mensaje, que el objetivo de la reunión es definir y aclarar algunos de los principales problemas que surgen en la organización y funcionamiento de los servicios nacionales de trabajo.

La exposición de cada uno de los cuatro puntos del temario, correspondió como ya se dijo anteriormente a los cuatro expertos designados por la O. I. T.

El primer tema, relativo a “Responsabilidades generales, estructura y funcionamiento de los Ministerios o Departamentos Nacionales de Trabajo”, estuvo a cargo del doctor Guillermo Gonzáles Rosales, Director General del Trabajo del Perú, quien desarrolló el punto señalado, en seis capítulos: 1º —Introducción. 2º — Campo de actividades del Ministerio de Trabajo; 3º Principales responsabilidades; 4º Estructura; 5º Actividades y relaciones internas; 6º Relaciones exteriores.

En general, el dictado de cursos adoptó la sistemática siguiente: en primer lugar exposición por el ponente del capítulo respectivo; en segundo lugar, intervención de los delegados, formulando preguntas, y por último, exposición de los sistemas nacionales, a cargo de los delegados asistentes.

El segundo punto del Temario, concerniente a “Relaciones de Trabajo”, fué expuesto por el doctor Héctor Escribar Mendiola, alto funcionario del Ministerio de Trabajo de Chile. Este punto comprendió los siguientes aspectos: a) Introducción; b) Relaciones individuales y colectivas de trabajo; c) Negociación colectiva; d) Conflictos de trabajo; e) Colaboración de patronos y trabajadores; f) Servicio administrativo de relaciones de trabajo.

El Sr. John Fox, Director de Condiciones de Trabajo de la O. I. T. y Secretario General del Seminario, se ocupó del tercer punto del temario correspondiente a “Inspecciones de Trabajo”, remarcando que éstas por sí solas no son un instrumento de protección directa; que constituyen los medios eficaces para el cumplimiento de la legislación, facilitar el mejoramiento de las condiciones de trabajo y para estudiar la situación existente en un momento dado proporcionando los informes que soliciten los Poderes Públicos.

El experto de la O. I. T. y funcionario de este organismo en Lima, señor André Aboughanem, tuvo a su cargo el cuarto punto de la agenda “Servicios de Mano de Obra”, en el curso de las reuniones expresó que el objetivo esencial de un servicio de empleo es conocer el mercado de trabajo, o sea la región o área geográfica en la que se desarrollan una serie de ocupaciones diversas.

Es interesante anotar la inauguración de una exposición de obras sociales en uno de los amplios salones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas, en la que se mostraron numerosas obras realizadas durante el gobierno del General Manuel A. Odría, Presidente Constitucional de la República.

El día 24 de noviembre, después de 30 días de intensas labores, fué clausurado el Primer Seminario sobre Servicios Administrativos de Tra-

bajo, por el Ministro de Trabajo y Asuntos Indígenas del Perú, señor Carlos d'Ugard.

En orden a la importancia de los cuatro puntos estudiados y discutidos exhaustivamente, el Seminario aprobó numerosas y trascendentales conclusiones y resoluciones, tendientes en su mayor parte a la consolidación del régimen democrático de vida y a asegurar la paz duradera entre los países latinoamericanos.

### CREACION DEL INSTITUTO LATINOAMERICANO SOBRE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE TRABAJO

Con el objeto de constituir una asociación orientada al estudio de los servicios administrativos de trabajo y la promoción de funcionarios entre los países americanos, los delegados latinoamericanos asistentes al Seminario, acordaron la creación del Instituto del epígrafe.

Por unanimidad los delegados designaron a las siguientes personas como miembros de la Junta Directiva: Presidente: doctor Guillermo González Rosales (Perú); Vice-Presidente. (Zona México, Centroamérica y Cuba), Dr. Leonor Ferreira (Cuba); Vice-Presidente (Zona Sud-América), Sr. Washington Fernández (Uruguay); Secretario, Dr. César Carrillo S. (Perú).

Se consideran Presidentes Honorarios a los señores Ministros de Trabajo de los países latinoamericanos, Vice-Presidentes honorarios a los Directores Generales de Trabajo o funcionarios de jerarquía análoga de dichos países.

Asimismo, se acordó reconocer calidad de Vocales a los miembros participantes del Seminario, con esfera de acción inmediata en sus respectivos países.

### PRIMERA SEMANA DE LA SALUD

De acuerdo con la Resolución Suprema N° 148 "S.P." de 22 de octubre de 1955, que establece la celebración anual de la "Semana de la Salud", entre el 28 de noviembre y el 4 de diciembre se realizó en todo el Perú el primer programa general de divulgación e higiene sanitarias.

Para el mejor desarrollo del nutrido programa elaborado por la Dirección General de Salud Pública, se establecieron Comités de Salud, en los departamentos, provincias y distritos de la Nación, quienes tuvieron a su cargo la realización de las actividades de este importante ciclo educativo-instructivo.

Cinco objetivos básicos han orientado esta "Semana de la Salud": **escolar** (despertando el interés del alumno por aprender las bases de la Higiene y Salud Públicas, contribuyendo así al perfeccionamiento de la formación de hábitos higiénicos); **magisterial** (estimular al maestro en su importante rol de defensa de la salud del escolar y su adecuada educación higiénica); **grupos sociales** (crear conciencia sanitaria en los grupos organizados, y no organizados de la colectividad, fomentando el interés por la salud y la de la comunidad); **población en general** (despertar el interés público por la salud, los medios de perfeccionarla y de evitar las múltiples

## INFORMACIONES SOCIALES

causas que la perturben; incidir en las consecuencias que para el individuo y la sociedad, representan muchas enfermedades y accidentes evitables); **Institucional** (promover el interés y preocupación de los miembros de instituciones profesionales y sociales sobre la salud, forma y medios de cautelarla, contribuir a solucionar los problemas sanitarios y fomentar la educación higiénica).

En cumplimiento del programa general se realizaron las siguientes actividades:

- a) Clases diarias en colegios y escuelas
- b) Cursillos de Capacitación Magisterial;
- c) Concursos escolares sobre temas de salud;
- d) Reuniones de maestros y médicos para tratar los aspectos de la salud en la escuela;
- e) Reuniones de grupos especiales de población en determinados lugares para recibir enseñanzas fundamentales en defensa de la salud;
- f) Exhibición de películas de divulgación sanitaria
- g) Demostraciones prácticas sobre higiene;
- h) Publicaciones cotidianas en los diarios nacionales;
- i) Transmisiones radiales de programas, cortos educativos, etc.
- j) Proyección de diapositivos en todos los cinematógrafos;
- k) Distribución de carteles, folletos, cartillas de divulgación, etc.
- l) Sesiones y actuaciones especiales de entidades profesionales y sociales;
- ll) Actos y contribuciones de sociedades en beneficio de centros asistenciales, planteles educativos, etc.

## ACTIVIDADES DEL SERVICIO COOPERATIVO DEL EMPLEO

Entre los meses enero y noviembre del presente año, 1,218 personas han sido empleadas por intermedio del Servicio Cooperativo del Empleo, organismo creado por acuerdo entre los Gobiernos del Perú y de los Estados Unidos, dentro del Programa de Cooperación Técnica.

Las 1,218 personas colocadas comprenden las siguientes categorías ocupacionales:

- 33 Profesionales, Técnicos y otros
- 370 Administradores y Empleados de Oficina
- 129 Empleados Vendedores
  - 3 Minas e Industria Agropecuaria
- 61 Transporte
- 385 Obreros de Transformación Industrial, Artesanía, etc.
- 91 Trabajadores para distintos servicios
- 146 Obreros sin especialización.

El Servicio Cooperativo del Empleo, está vinculado con importantes firmas y empresas comerciales, a los que envía el personal que soliciten, previa selección y examen de aptitudes. Dentro del cuadro de sus activi-

dades generales, el S.C.E.P. está preparando un Análisis Ocupacional, que servirá de base para publicar un Diccionario Ocupacional del Perú. Actualmente se ha terminado la Clasificación de Actividades Económicas Peruanas, divididas en grandes divisiones, que incluyen a su vez numerosos subgrupos, relativas a todas las actividades y servicios nacionales.

## VI CICLO DE INFORMACIONES SOCIALES PARA TRABAJADORES

Con asistencia de numerosos trabajadores, dirigentes sindicales, empleados, miembros del Cuerpo Diplomático, funcionarios de la Administración Pública, Representantes, etc.; el día 8 de noviembre se inauguró en el Salón de Estudios de la Oficina Nacional de Informaciones Sociales para Trabajadores, dicho certamen.

Inició la reunión, el doctor Guillermo Gonzáles Rosales, Director General de Trabajo interino y Director de Estudios de la ONIS, quién expuso la importante labor educativa y de difusión cultural que en beneficio de la clase trabajadora, se viene desarrollando con estos Ciclos, cuya finalidad es preparar al trabajador para el justo ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes.

A continuación el obrero alumno Víctor Gallardo, Dirigente del Sindicato de Construcción Civil, presentó el saludo de los asistentes al Ciclo, remarcando la importancia de estos cursillos que permiten la adquisición de los conocimientos legales y su adecuada utilización.

Seguidamente, el Dr. Fortunato Quesada Larrea, Catedrático Principal de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, sustentó una conferencia sobre "La Medicina Social y los Trabajadores".

Finalmente, el Sr. Carlos d'Ugard, Ministro de Trabajo y Asuntos Indígenas, en breve alocución, declaró inaugurado el VI Ciclo.

## LABOR DEL INSTITUTO DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS DURANTE 1954

Durante el año 1954 se han registrado 39,719 consultas en este importante Instituto, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Como muestra de la eficaz labor que realiza el Instituto, se insertan a continuación algunas cifras, relativas a asistencia y control médico, comparando los años 1951 y 1954:

	1951	1954
Consultas ... ..	12,825	39,719
Hospitalizados ... ..	1,822	1,925
Intervenciones quirúrgicas ...	783	1,958
Biopsias ... ..	1,125	1,970
Exámenes de Laboratorio ... .	7,097	45,709

## INFORMACIONES SOCIALES

Cuanto a los ingresos propios, el Instituto percibió en el año 1951 la suma de 456,218.00 soles; mientras que en el año 1954 se elevaron a S/. 1'700,406.00.

Cabe señalar la estrecha colaboración que se realiza entre el Instituto y la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer. Es así que desde 1953, se está realizando un despistaje completo en 4,000 mujeres aparentemente sanas, habiéndose diagnosticado de este número, 47 neoplasias, que equivalen a 1.2%.

### ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO DEL DEPARTAMENTO DE TUMBES

Con fecha 10 de noviembre se ha firmado entre el Ministerio de Fomento del Perú y el Servicio Cooperativo Interamericano de Fomento, un convenio para la realización de un estudio técnico integral proyectado hacia un mejoramiento económico, industrial, social, cultural, sanitario y agrícola del departamento fronterizo de Tumbes.

Se estipula en el referido documento, la colaboración y coordinación que el Servicio Cooperativo Interamericano de Fomento (SCIF) mantendrá con los otros organismos congéneres, tales como los Servicios Cooperativos Interamericanos de Agricultura y Ganadería (SCIPA) Salud Pública (SCISP), Educación (SECPANE) y Empleo (SCEP).

A continuación reseñamos los aspectos básicos de este importante acuerdo, que entrará en plena ejecución, tan pronto como se haya terminado la localización y recopilación de todas las fuentes informativas existentes sobre Tumbes:

1º—Investigación de los recursos disponibles en energía y materia prima industrial.

2.—Reconocimiento de la actual situación agropecuaria, con miras una mayor expansión agrícola y ganadera, mediante el incremento de los recursos naturales y la provisión de técnicas adecuadas a estos objetivos.

3º—Estudio de las facilidades de transporte y vías de comunicación, incluyendo las portuarias y de embarque.

4º—Investigación y análisis económico de la situación industrial y sus necesidades.

5º—Estudio continuado de los recursos naturales, calculando las actuales oportunidades de desarrollo.

6º—Estimación de las oportunidades de desarrollo de nuevas industrias, de acuerdo con la actual producción agropecuaria.

7º—Análisis de los problemas de mercados, incluyendo los de importaciones y exportaciones.

8º—Estimación de las oportunidades de inversión de nuevo capital privado, nacional y extranjero, particularmente para el fomento industrial del Departamento.

9º—Estudio de la mano de obra disponible y de esencial supervisión técnica.

10º—Consideración de las facilidades educacionales y de la necesidad de expansión frente a los futuros desarrollos.

## INFORMACIONES SOCIALES

11º—Análisis de la situación sanitaria general y su ampliación en relación al programa general de fomento y obras públicas.

Cabe señalar que la realización de este género de métodos integrales de estudio, no es nuevo en nuestro país; el que ahora nos ocupa tiene antecedentes en los estudios en el Valle del Mantaro, Tacna, Loreto y en forma más especial el proyecto Puno-Tambopata, destinado a resolver el problema de la colonización y canalizar eficientemente la mano de obra indígena.

### DESARROLLO DEL PROGRAMA PUNO-TAMBOPATA

Dentro del esquema general de actividades del proyecto trazado por la Misión Andina de la O.I.T. en el Perú, se está realizando con notable intensidad la primera fase de este proyecto, que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones indígenas del departamento de Puno; impulso de la agricultura, ganadería, nuevas técnicas y modalidades de sembríos, adaptación de pastos, cultivos, forrajes y abonos.

Con este fin, se ha establecido tres centros regionales de acción, ubicados en las zonas de Camacache-Ilave, Chincheros y Samán-Taraco. La labor que se realiza en estos centros comprende la instalación de postas sanitarias, entrenamiento de parteras, de especialistas en primeros auxilios, mejoramiento de las condiciones higiénicas, saneamiento de los hogares, instalación de pozos de agua potable, construcción de servicios higiénicos públicos; programa que guarda íntima vinculación con el de bienestar rural, el mismo que persigue, elevación del nivel de vida familiar, establecimiento de centros de enseñanza de costura, campañas de educación con ayudas audio-visuales.

En lo relativo a mano de obra se prevé la instalación en la zona de Ilave, de centros de capacitación en carpintería, mecánica y agricultura, fomentándose las oportunidades de empleo, mediante la colaboración del Servicio Cooperativo del Empleo.

Actualmente se está construyendo varios pabellones de talleres, carpintería y mecánica en las zonas ya mencionadas, así como un pabellón de internado para los alumnos que realizarán su aprendizaje en esos talleres.

Es interesante remarcar la colaboración de varios sindicatos obreros de Alemania Occidental, que han donado a este Programa los equipos correspondientes a dos grandes centros de entrenamiento y capacitación profesional: uno para mecánica y herrería (para 50 alumnos, en 5 especialidades) y otro para carpintería. Asimismo, por informaciones recibidas del Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas, los sindicatos de Estados Unidos cooperarán en igual forma, aportando instalaciones y equipos para centros de orientación profesional (motores, tornos, plomería, hojalatería, etc.).

Por su parte la Organización Internacional del Trabajo ha adquirido materiales con sus propios fondos, para establecer nuevos centros regionales y para facilitar las labores de los técnicos y funcionarios a quienes se ha confiado la aplicación del Proyecto.

## INFORMACIONES SOCIALES

Es conveniente citar el favorable concepto de los expertos y técnicos peruanos y de los organismos internacionales, integrantes del Programa, quienes están comprobando una eficiente y activa cooperación de los indígenas, gran interés por aprender, conocer y producir en forma cada vez más técnica y acertada.

### LABOR DE LOS REFECTORIOS ESCOLARES

Notable incremento viene experimentando anualmente la campaña de sana y balanceada alimentación, que el Supremo Gobierno lleva adelante en toda la República, combatiendo la desnutrición infantil y previniendo de este modo futuras dolencias y males de larga y costosa duración.

Durante el año 1955 se ha establecido más de 90 Refectorios Escolares en diversos lugares del país que proporcionan diariamente 2,500 almuerzos y 3,000 desayunos; en general, el Departamento de Alimentación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, mantiene 748 Refectorios Escolares en todo el Perú, habiendo ascendido el presupuesto de 1955 a la suma de S/. 10'476,749.00.

Colaborando con esta campaña, la UNICEF organismo internacional especializado en programas de atención infantil, desde el año 1951 viene aportando a nuestro país una importante cuota de leche en polvo; a continuación se inserta un cuadro demostrativo de las raciones lácteas distribuidas entre los escolares:

1951	—	3'336,480	vasos de leche
1952	—	8'400,000	” ” ”
1953	—	9'993,000	” ” ”
1954	—	11'116,707	” ” ”

Se deja constancia que la cifra correspondiente al año 1951, sólo comprende 7 meses; además en únicamente dos meses de 1955 se ha distribuido 4'882,300 vasos, lo que indica un apreciable aumento en dicho servicio.

Refiriéndonos únicamente al Servicio Central de Refectorios “Alberto Secada” de la Provincia Constitucional del Callao, entre los meses agosto de 1954 y octubre de 1955, ha proporcionado cerca de un millón de almuerzos y otra cantidad igual de desayunos a los niños de las escuelas fiscales y jardines de la infancia del Callao. En ese mismo lapso ha distribuido diariamente 16,000 vasos de leche y otra cifra igual de cápsulas vitamínicas.

Este moderno servicio ocupa un edificio de dos plantas dotadas de todas las comodidades indispensables, con excelentes instalaciones, destacando entre ellas sus cocinas, cuyas cuatro grandes marmitas tienen una capacidad de 10,000 raciones diarias; posee además 3 marmitas volteables de menor tamaño, parrillas especiales, cocinas eléctricas, cortadoras, peladoras, lavaplatos, etc.

Las raciones se distribuyen en el mismo local del Refectorio “Alberto Secada”, y en 14 comedores ubicados en distintos lugares del Callao, Bellavista y La Punta.

## DESPISTAJE ANTITUBERCULOSO EN EL CALLAO

Entre el 1º de noviembre de 1954 y el 30 de noviembre de 1955, fueron atendidos en la Sección Rayos X del Departamento Municipal del Callao, 1,165 solicitantes de certificados antituberculosos prenupciales y 4,232 personas por carnets de salud.

El Servicio de Rayos X ha tomado 5,388 radioscopías, correspondiendo 432 para carnets de salud y 1,156 para certificados prenupciales. Se procedió a tomar radiografías a 55 personas sospechosas de tuberculosis, de las cuales 14 presentaron tórax normal, 25 tuberculosis pulmonar y 16 tuberculosis cicatriciales.

## LABOR DE LA BENEFICENCIA PUBLICA DE LIMA DURANTE 1955

Del discurso-memoria del Presidente de esa Institución, hemos extractado las siguientes actividades e inversiones realizadas en el año 1955:

Las principales rentas de la Beneficencia han incrementado notablemente, sobrepasando en S/. 6'500,000.00 las de 1954, siendo en 1955 de S/. 47'160,000.00 habiendo descendido los subsidios otorgados por el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social año a año, a medida que la Beneficencia ha incrementado anualmente sus propios recursos financieros; así mientras en 1953, se obtuvo un subsidio de S/. 14'000,000.00; en 1954, solamente se ha requerido de S/. 8'820,000.00 y en 1955 se redujo a S/. 5'950,518.98.

Cuanto se refiere a la asistencia social hospitalaria, ha aumentado el número de pacientes atendidos en los nosocomios de la Institución, que cuentan en total con 4,209 camas; es así que en 1954 se internaron 68,781 pacientes; en 1955 fueron 73,158, originando éstos 1'967,533 estancias-día, siendo la mortalidad de 3.4% contra 6.5% registrada en 1954.

Se ha efectuado 523,406 consultas externas y el costo promedio de la estancia-día ha sido de S/. 23.82, monto que está por debajo del valor que este mismo servicio representa en otros hospitales. Además, se ha producido un mayor egreso de S/. 1'952,483.94 en medicinas y elementos médicos, en relación a 1953, aumentándose la partida de alimentación en S/. 2'819,091.60, en relación a 1953.

Se ha instalado en el Hospital Dos de Mayo nuevos pabellones de cocina, comedores, lavandería, almacenes, talleres, etc., a un costo de S/. 3'913,986.66, correspondiendo de esta suma S/. 2'273,000.00 al aporte del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social.

Se ha iniciado la construcción de un Instituto de Radiología en el Hospital Arzobispo Loayza, contándose con la colaboración de la Facultad de Medicina de Lima, y la Fundación Rockefeller para su financiación y equipamiento.

En el Hospital de la Maternidad se ha iniciado la reconstrucción de la cocina y la instalación de un moderno equipo, destinándose la suma de S/. 750,000.00 provenientes del mayor ingreso de la Clínica de Pagan-tes.

## INFORMACIONES SOCIALES

En el Hospital de Insanos Larco Herrera se ha dispuesto la construcción de un pabellón para 200 enfermos, destinado a descongestionar otras secciones del establecimiento.

Gracias al aporte de S/. 1'500,000.00 de la Fundación Canevaro y con fondos propios de la Beneficencia, se ha invertido 2'400,000.00 en nuevas instalaciones de cocinas, lavandería, talleres, consultorios, salas de operaciones, radiología, laboratorio, casa de médicos e internos en el Hospital Santo Toribio de Mogrovejo.

En el Puericultorio Pérez Aranibar se han efectuado obras de mejoramiento por S/. 1'300,000.00 reparándose dormitorios, servicios higiénicos, mejoración científica de la alimentación, servicio médico, etc.; introduciéndose las reformas educacionales necesarias a fin de proporcionar a los pupilos, la capacidad técnica que les permita enfrentarse a la vida diaria.

Obras de perfeccionamiento de instalaciones y servicios se han realizado en el Asilo San Vicente de Paul, que ampara 168 desvalidos de uno y otro sexo.

# Información Extranjera

## ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO

### RATIFICACION DE CONVENIOS

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo, ha registrado con fecha 4 de junio, la ratificación por parte del Gobierno de Dinamarca, de los convenios sobre inspección de los migrantes (1926) y sobre edad mínima (trabajo marítimo, 1936); igualmente, con esa misma fecha, la del Gobierno de Irlanda de los convenios sobre libertad sindical y la protección del derecho de sindicación (1948) y el derecho de sindicación y de negociación colectiva (1949).

Con fecha 7 de junio, ha recibido la confirmación del Gobierno de Israel, de los convenios sobre trabajo forzoso (1930) y la inspección del trabajo (1947).

También la ratificación del Gobierno de Viet-Nam, registrado el 14 de junio, y relativa a los convenios sobre descanso semanal (industrial, 1921) y los métodos para la fijación de salarios mínimos (1928).

El gobierno de Grecia con fecha 16 de junio, envió su confirmación a los siguientes convenios: inspección del trabajo (1947); el servicio del empleo (1948); protección del salario (1949); seguridad social (norma mínima 1952). La ratificación señala que el Gobierno acepta sólo las partes II, III, IV, V, VI, VIII, IX, y X de este último convenio.

Igualmente, el Gobierno de la República Federal de Alemania, con fechas 14 y 17 de junio, confirmó los siguientes convenios ante el Director General de la O.I.T.: indemnización por accidentes del trabajo (1925); enfermedades profesionales (revisado 1934); prescripciones de seguridad (edificación, 1937); e inspección de trabajo (1947).

Con fecha 15 de agosto, se ha registrado la ratificación por parte del Gobierno de Dinamarca de los convenios sobre cláusulas de trabajo (contratos celebrados por las autoridades públicas, 1949); derechos de sindicación y de negociación colectiva (1949) y seguridad social (norma mínima 1952). Únicamente acepta las partes II, IV, V y IX de este último convenio.

El Director General de la O.I.T., con fecha 22 de agosto, ha registrado la confirmación por parte de Japón de dos convenios sobre indemnizaciones de desempleo (naufragio 1920); contrato de enrolamiento de la gente de mar (1926); edad mínima (trabajo marítimo, 1936); examen médico de la gente de mar (1946).

# Información Extranjera

## ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO

### RATIFICACION DE CONVENIOS

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo, ha registrado con fecha 4 de junio, la ratificación por parte del Gobierno de Dinamarca, de los convenios sobre inspección de los migrantes (1926) y sobre edad mínima (trabajo marítimo, 1936); igualmente, con esa misma fecha, la del Gobierno de Irlanda de los convenios sobre libertad sindical y la protección del derecho de sindicación (1948) y el derecho de sindicación y de negociación colectiva (1949).

Con fecha 7 de junio, ha recibido la confirmación del Gobierno de Israel, de los convenios sobre trabajo forzoso (1930) y la inspección del trabajo (1947).

También la ratificación del Gobierno de Viet-Nam, registrado el 14 de junio, y relativa a los convenios sobre descanso semanal (industrial, 1921) y los métodos para la fijación de salarios mínimos (1928).

El gobierno de Grecia con fecha 16 de junio, envió su confirmación a los siguientes convenios: inspección del trabajo (1947); el servicio del empleo (1948); protección del salario (1949); seguridad social (norma mínima 1952). La ratificación señala que el Gobierno acepta sólo las partes II, III, IV, V, VI, VIII, IX, y X de este último convenio.

Igualmente, el Gobierno de la República Federal de Alemania, con fechas 14 y 17 de junio, confirmó los siguientes convenios ante el Director General de la O.I.T.: indemnización por accidentes del trabajo (1925); enfermedades profesionales (revisado 1934); prescripciones de seguridad (edificación, 1937); e inspección de trabajo (1947).

Con fecha 15 de agosto, se ha registrado la ratificación por parte del Gobierno de Dinamarca de los convenios sobre cláusulas de trabajo (contratos celebrados por las autoridades públicas, 1949); derechos de sindicación y de negociación colectiva (1949) y seguridad social (norma mínima 1952). Únicamente acepta las partes II, IV, V y IX de este último convenio.

El Director General de la O.I.T., con fecha 22 de agosto, ha registrado la confirmación por parte de Japón de dos convenios sobre indemnizaciones de desempleo (naufragio 1920); contrato de enrolamiento de la gente de mar (1926); edad mínima (trabajo marítimo, 1936); examen médico de la gente de mar (1946).

## INFORMACIONES SOCIALES

### V REUNION DE LA COMISION PERMANENTE AGRICOLA DE EXPERTOS DE LA O.I.T.

Entre el 1º y 10 de setiembre pasado, la Comisión Permanente Agrícola, celebró su quinta reunión en la ciudad de París, estudiando el siguiente temario:

- 1º—Problemas de colocación y servicios de empleo en la agricultura.
- 2º—Condiciones de vida y de trabajo de los aparceros, medieros, arrendatarios y categorías similares de trabajadores agrícolas semi-independientes o independientes;
- 3º—Sugerencias sobre las actividades de trascendencia práctica que emprenderá la O.I.T. en el ámbito de la agricultura.

Asistieron 26 expertos de diversas naciones, representantes del Consejo de Administración de la O.I.T. así como delegados y observadores de instituciones y organizaciones internacionales relacionados con la agricultura.

Las animadas discusiones e intervenciones han permitido comprobar la necesidad de mejorar el nivel de vida del hombre del campo, que es uno de los mayores obstáculos para el mejor aprovechamiento de la tierra.

Se consideró además, la conveniencia de facilitar el acceso a la propiedad, mediante el otorgamiento de créditos a largo plazo y con bajas tasas de interés, el fomento de la colonización y el aumento de la superficie cultivada en cada país.

Por último, la Comisión elaboró seis resoluciones que serán presentadas al Consejo de Administración de la O.I.T., relativas a los siguientes puntos: problemas de colocación en la agricultura; condiciones de vida y de trabajo de los aparceros, arrendatarios y otras categorías de trabajadores agrícolas; actividades y prácticas futuras; servicios sociales en la agricultura; y acción internacional en la organización y desarrollo de las colectividades agrícolas.

### PROXIMO CONGRESO INTERNACIONAL DE ACTUARIOS Y ESTADIGRAFOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Los días 19 y 20 de setiembre se reunió en Italia, el Comité Preparatorio del Congreso del epígrafe, bajo la presidencia del Sr. Giuseppe Petrilli, Presidente del Instituto Nacional del Seguro de Enfermedad de Italia, en virtud de los acuerdos adoptados en la reunión realizada en Israel, en noviembre de 1954, fecha en que el Comité Ejecutivo de la A.I.S.S., decidió la organización de ese certamen, en colaboración con la Oficina Internacional del Trabajo, el mismo que se celebrará en Bélgica, por invitación del Gobierno de ese país.

El Comité Preparatorio estuvo integrado por las siguientes personas: Presidente, Profesor Giuseppe Petrilli, (Italia), Miembros: Señores Gonzalo Arroba (Venezuela), M. Consael (Bélgica); Paul Goldschmit (Bél-

## INFORMACIONES SOCIALES

gica), Tauno Jylhä (Finlandia); Ernest Kaiser (Suiza); M. Rocktäschel (Alemania); L.G.K. Starke (Inglaterra); Antonio Zelenka, Jefe Actuario de la División de Seguridad Social de la O.I.T.

El orden del día elaborado provisionalmente, comprende los siguientes puntos:

1º—Problemas actuariales en el Seguro de Enfermedad-Maternidad, especialmente en la asistencia médica.

2º—Métodos estadísticos de muestras aplicadas a la técnica de la seguridad social.

3º—Orientación general de los trabajos actuariales y estadísticos de la seguridad social, a fin de elaborar directivas comunes y hacer posible la comparación de dichas estadísticas con estadísticas demográficas, económicas y sociales.

4º—Otras ponencias.

### ELECCION DE LA MESA DIRECTIVA

El Comité Ejecutivo de la A.I.S.S., en sesión de 29 de noviembre de 1955, en la ciudad de México, procedió a elegir los Miembros de la Mesa Directiva para el período 1955-1958, cuya composición es la siguiente:

Presidente:

*Sr. Renato Morelli*, Presidente del Instituto Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo de Italia.

Vice-Presidentes:

*Sr. Antonio Ortiz Mena*, Presidente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

*Sr. Aimé Texier*, Presidente de la Federación de Organismos de Seguridad Social de Francia.

*Sr. Walter Gassmann*, Director del Instituto del Seguro de Pensiones de Alemania.

*Sr. Zdenki Has*, Director del Instituto Federal de Seguridad Social de Yugoslavia.

Tesorero:

*Sr. Bernard A. Van Schaik*, Presidente de la Federación de Asociaciones Profesionales de los Países Bajos.

Miembros:

*Sr. Ernesto Zapata Ballón*, Director de la Caja Nacional del Seguro Social del Perú.

*Sr. Peter Friis Olsen*, Director de la Federación Central de Cajas de Enfermedad de Dinamarca.

*Sr. M. T. C. Stephens*, Principal del Ministerio de Pensiones y Seguro Social de Gran Bretaña.

*Dr. Cemal Kiper*, Presidente del Consejo de Administración de la Institución del Seguro Obrero de Turquía.

## INFORMACIONES SOCIALES

*Sr. Gabriel Barrientos Cadavid*, Gerente General del Instituto Colombiano de Seguridad Social.

*Sr. Masami Tanaka*, del Ministerio de Asuntos Sociales de Japón.

Representantes de la A.I.S.S. ante el Comité de Expertos de la O.I.T.

*Sr. Clément Michel*, Director de la Federación Nacional de Organismos de Seguridad Social de Francia.

*Sr. Patrick Keady*, Secretario del Departamento de Previsión Social de Irlanda.

### COMISION DE PRESUPUESTO DE LA A. I. S. S.

Con fecha 29 de noviembre, el Comité Ejecutivo de la A.I.S.S., reunido en México, procedió al nombramiento de la Comisión de Presupuesto, quedando conformada por las siguientes personas:

Presidente:

*Sr. Iczkaw Kanev*, Director General de la Caja de Seguro de Enfermedad "Kupat Holim", de Israel.

Miembros:

*Sr. Ernesto Kury*, Presidente de la Asociación de Cajas de Compensaciones Profesionales de Suiza.

*Sr. Dem. Aretaios*, Director del Instituto de Seguridad Social de Grecia.

## REPUBLICA FEDERAL DE ALEMANIA

### Relaciones entre los Médicos y las Cajas de Enfermedad

Con fecha 7 de julio de 1955, el Parlamento alemán ha aprobado la ley que reglamenta las relaciones entre los médicos y las cajas de enfermedad.

De acuerdo con las nuevas disposiciones la vinculación será de un médico por cada 500 asegurados; la relación anterior era de un médico por 600 asegurados. Esta medida implica la admisión en las cajas de, aproximadamente, 3,700 médicos.

Con este motivo, el servicio de prensa de la Federación de Cajas de Enfermedad Alemanas, informa que esta elevación del número de médicos, ocasionará un aumento de D.M. 200 millones en los egresos de las instituciones, sin embargo, la nueva ley no señala cómo será cubierto este mayor gasto, por lo que es presumible, un aumento de las cotizaciones o en su defecto una reducción en el otorgamiento de las prestaciones.

El sistema actual de remuneración a destajo de los médicos se mantiene en vigor. En este sentido, las cajas de enfermedad entregan a las federaciones médicas de las cajas, una suma global que comprende el total de honorarios. A su vez estas federaciones abonan a cada uno de los médicos los honorarios que les corresponden por sus servicios.

## INFORMACIONES SOCIALES

## BIRMANIA

## Ley sobre Seguridad Social

Con fecha 1º de octubre del presente año, entrará en vigor la ley de seguridad social sancionada en octubre de 1954.

El sistema es obligatorio para los asalariados de empresas industriales que cuenten con diez trabajadores o más, así como para los trabajadores de ferrocarriles, minas, empresas petroleras, puertos, empresas de carga y descarga de barcos, y establecimientos públicos, industriales de transporte.

El Presidente de la República está facultado para extender el campo de aplicación a otros tipos de establecimientos o eximir centro del cumplimiento de una parte o todo el sistema.

Los riesgos cubiertos por la nueva ley son: enfermedad, maternidad, muerte y accidentes de trabajo.

Se proporcionará asistencia médica gratuita a todo asegurado en los casos de enfermedad, maternidad y accidentes, durante trece semanas como máximo a partir de la primera consulta médica.

La nueva ley prevé prestaciones semanales en efectivo a los trabajadores que: a) hayan perdido la capacidad de trabajo por causa de enfermedad; b) han sufrido una pérdida de los salarios; y c) han abonado 17 contribuciones semanales en las 26 semanas que preceden a la incapacidad.

Se señala un período de espera de tres días, en el que los empleadores pagarán la mitad de los salarios. El monto de las prestaciones será fijado en la reglamentación respectiva, que se dictará posteriormente.

Las prestaciones de maternidad en dinero se abonarán semanalmente a las trabajadoras, durante el embarazo y parto. Gozan estas prestaciones las mujeres que hayan oblado 26 contribuciones semanales en las 52 semanas precedentes al parto. El monto de las prestaciones se fijará posteriormente. Este beneficio es abonable durante seis semanas antes y seis después del parto; en caso de aborto el período máximo será de seis semanas.

Los asegurados hospitalizados recibirán una prestación en dinero según las condiciones, límites y cantidades que se determinen en la reglamentación.

En caso de muerte de un asegurado, los sobrevivientes u otras personas designadas recibirán una indemnización global para gastos de entierro.

Los trabajadores víctimas de accidentes del trabajo, durante el empleo, o resultantes de éste, así como de enfermedades profesionales, recibirán después de un período de espera de tres días, prestaciones por incapacidad temporal, cuyo monto se señalará posteriormente. Estas prestaciones se abonarán mientras dure el tratamiento médico y por un período máximo de 52 semanas; si el período incapacitante es mayor, la prestación se convierte en pensión por incapacidad permanente.

Para calcular el monto de las prestaciones, se tomará en cuenta

## INFORMACIONES SOCIALES

el promedio de los salarios recibidos durante las 17 semanas anteriores a la fecha en que ocurrió el accidente.

Las prestaciones, servicios y gastos de administración serán financiados con dos tipos de contribuciones: una parte el seguro de enfermedad y maternidad, y otra por concepto de prestaciones de accidentes del trabajo. Estas contribuciones se fijarán en las disposiciones reglamentarias.

### BRASIL

#### Escasez de personal Médico

Después de un exhaustivo estudio, la Asociación Médica de Brasil ha informado que el número de médicos por cada mil habitantes es de 0.4; en cambio, en otros países esta tasa es como a continuación se reseña: Inglaterra (1,14), Estados Unidos (1,4), Dinamarca (1,5), Canadá, Nueva Zelanda y Australia (1,03 cada uno); Suecia y Suiza (1,0); Noruega y España (0,93), Países Bajos y Argentina (0,9), Francia (0,75), Bulgaria (0,65), Chile (0,55), y China (0,04).

Según el censo de 1950, en Brasil el número de médicos varía en función a las regiones geográficas, así en la capital se señala 0.60 médicos por 1,000 habitantes, mientras que en el interior del país la cifra es de 0,15.

Es preciso mencionar que en 1940, la población brasileña sumaba 41'252,944 habitantes, contando con 14,000 médicos (0,34 por 1,000 habitantes), o sea un médico por 2,947 personas; en 1950, la población fué de 51'976,963 personas y el número de médicos de 20,906; lo que equivale a un médico por 2,488 personas (0,4 por mil). Es un ligero aumento pero la situación desmejora respecto a todo el país.

Las perspectivas futuras no son muy buenas, pues si en 1960 la población ascendiere a 61 millones y a 33,000 el número de médicos (0,5 médicos por mil habitantes) sólo habrá un médico por 2,000 personas, de tal modo que la atención médica en Brasil será precaria. La Asociación recomienda así que el número de médicos aumente en forma más considerable.

### CHILE

#### Mejoramiento del monto de las asignaciones familiares

Por Decreto Nº 305 de 7 de mayo del año en curso, la tasa de las asignaciones familiares que abona el Servicio de Seguro Social; ha sido elevada a 20 pesos chilenos por persona a cargo y por día; ha sido posible este aumento por la acumulación de importantes excedentes efectuados en años anteriores.

Por otro lado, se explican esos excedentes, por el hecho que el número de solicitudes de asignaciones familiares ha sido inferior al número previsto y, además, por el rápido aumento de las cotizaciones de-

bido a las mejoras sucesivas de los salarios, medida adoptada por la inflación monetaria chilena.

La situación financiera en materia de asignaciones familiares, durante el primer semestre de 1955, es la siguiente:

Ingresos por cotizaciones . . . . .	2,351'598,571 pesos
Egresos . . . . .	1,019'109,865 pesos
Excedente . . . . .	1,332'488,706 pesos

Al 31 de julio de 1955 el número de asegurados al régimen general de asignaciones, es de 239,247 y el número de personas dependientes de 834. Los regímenes de asignaciones familiares basados en convenciones colectivas cuentan, a la misma fecha, con 110,575 asegurados y 383,806 personas a cargo.

### Seminario sobre Medicina Preventiva

Convocado por la Organización Mundial de la Salud y por la Oficina Sanitaria Panamericana, entre el 8 y 15 de octubre pasado, se celebró en Viña del Mar, el importante Seminario de Medicina Preventiva, contando con la asistencia de ochenta delegados de todos los países hispanoamericanos, entre ellos treinta y tres Decanos de Facultades de Medicina, Catedráticos de Higiene, profesores, etc.

En esta reunión se consideró que la enseñanza de la Medicina Preventiva debe proporcionar al futuro médico una vasta comprensión sobre los alcances y posibilidades de la *prevención* provocando así un cambio de actitud hacia un concepto más integral de la Medicina. Aún más, que la Medicina Preventiva debe proporcionar al futuro médico las nociones fundamentales, las normas y las técnicas para proteger y fomentar la salud de los individuos.

Es de suma importancia la difusión, entre el cuerpo médico, de los conceptos preventivos, a igual nivel que los del diagnóstico y tratamiento. Constituye, de este modo, preocupación fundamental entender al hombre como unidad biológica, que está integrada en una familia y a su vez en una sociedad.

De los distintos trabajos presentados al Seminario se ha observado que en los países sudamericanos, la enseñanza de la medicina está orientada fundamentalmente hacia la curación, descuidándose la prevención. El Seminario aprobó el desarrollo de planes de estudio de Medicina Preventiva, proyectándola durante la enseñanza general e incorporándola a las otras disciplinas del curriculum.

Se recomendó, en forma especial la limitación de las clases expositivas y la difusión de los seminarios, reuniones, discusiones bibliográficas, trabajos personales y en equipo tanto en laboratorios como en el campo, clínicas, hospitales, para de este modo estimular el estudio del individuo sano y enfermo en relación con su ambiente familiar y social, y la formación del concepto y aptitudes preventivas.

## INFORMACIONES SOCIALES

Se remarcó la participación activa del alumno de medicina en los servicios locales y como observador y consejero médico, debidamente supervigilado, de un limitado número de familias típicas de la comunidad, durante un cierto lapso.

Siendo la educación médica integral, la cátedra de Medicina Preventiva debe coordinarse estrechamente con las cátedras básicas, especialmente con las Clínicas, en grado variable según las posibilidades locales de integración. Esa coordinación puede ser efectiva dentro de dos aspectos: uno en la docencia (integración de cursos, seminarios y otras actividades) y otro de la investigación (problemas clínicos, de interés, local, comunal o de grupo).

Como conclusión final, el Seminario expuso que en la mejor enseñanza de la Medicina Preventiva, no sólo deben participar las Facultades de Medicina, sino también todos los organismos estatales, vinculados con la Salud Pública, con miras a la mejor orientación del estudiante. Conocer al hombre en relación al medio circundante, tratando en todo momento de evitar las enfermedades.

### EL SALVADOR

#### Seminario Centroamericano sobre Problemas Indígenas

Bajo los auspicios del Instituto Indigenista Interamericano, entre el 22 de junio y el 2 de julio de 1955, se realizó en la ciudad de San Salvador, el Seminario del rubro, con participación de diez expertos indigenistas de las naciones centroamericanas.

El Seminario adoptó diversos acuerdos relativos a la protección de las poblaciones autóctonas de Centro-América y a su integración en la vida social, económica y cultural de sus respectivos países.

Se redactaron acuerdos y recomendaciones conducentes en su mayor parte a la protección del trabajo, desarrollo económico, mejoramiento social, educación, lengua, cultura, legislación y administración, solicitándose la colaboración de la Comisión de Expertos en Trabajo Indígena de la O. I. T. y del Comité de Expertos de la UNESCO, para la realización de los estudios y medidas propuestas.

### GRECIA

#### Estadísticas de la Seguridad Social

Durante el año 1954, el número de personas afiliadas al Instituto de los Seguros Sociales, se ha elevado a 540,000 aproximadamente, siendo 350,000 hombres y 190,000 mujeres. El número de miembros familiares cubierto ascendió a 685,000; de este modo el total de asegurados directos e indirectos ha pasado de 1'200,000.

En 1954, el número de visitas médicas generales ha sido de 6'403,465; se han otorgado 4'413,199 recetas y el costo de la atención ha excedido los 9 millones de dracmas.

Se han hospitalizado a 84,570 siendo el número de días de trata-

miento hospitalario de 1'310,927, Las prestaciones de maternidad se han otorgado a 23,578 personas a un costo de 14'123,000 dracmas. El número de accidentes de trabajo ascendió a 24,892. Se ha atendido a 3,597 tuberculosos, correspondiendo su tratamiento a 580,290 días.

Los resultados financieros del ejercicio de 1954 por ramas del Seguro son los siguientes:

	(En dracmas)		
	<i>Ingresos</i>	<i>Egresos</i>	<i>Excedente</i>
Seguro de Enfermedad (Dinero) .	370'486,389	328'786,695	41'699,694
Seguro de Enfermedad (Especie) .	97'945,321	63'483,277	34'462,044
Pensiones (Vejez, Invalidez y Muerte) . . . . .	333'986,184	313'324,727	20'661,457
Seguro de Desempleo . . . . .	59'412,808	72'554,555	13'141,747 (1)
Asignaciones Militares . . . . .	37'413,750	26'212,725	11'201,025

(1) Déficit.

## ISRAEL

### Actividades de la Caja "Kupat Holim"

De acuerdo con los datos suministrados por esta Institución, el mes de junio del presente año, la población a cargo de la Caja, asciende a 1'005,000, correspondiendo la cifra de 445,000 a los asegurados, y la de 560,000 a los beneficiarios.

Esta Caja posee en todo el país servicios propios destinados a la atención de sus asegurados y dependientes; a continuación se reseña las dependencias más importantes :

Policlínicos y Dispensarios . . . . .	852
Farmacias . . . . .	446
Laboratorios . . . . .	78
Institutos de Rayos X . . . . .	21
Clínicas Dentales . . . . .	45
Estaciones de Atención Infantil . . . . .	180
Escuela bajo supervisión higiénica . . . . .	154
14 Hospitales generales y especiales con . . . . .	2,125 camas

Cuanto al Programa de Medicina Preventiva, la Caja israelita mantiene 180 puestos de atención materno-infantil en todo el país; gracias a estos servicios ha disminuído la mortalidad infantil, proporcionándose los cuidados que requiere el binomio madre-niño.

La Caja Kupat Holim realiza planes de educación e higiene sanitaria en colegios, escuelas, empresas industriales, nuevos barrios y suburbios de todas las ciudades del país.

## INFORMACIONES SOCIALES

El presupuesto para 1954 fué de 39'293.360 libras israelitas y el de 1955 alcanza la suma de 45'431,180.

Esta institución cuenta con los servicios de 7,066 personas, entre las que figuran 1,400 médicos, 2,100 enfermeras y otros profesionales como farmacéuticos, laboratoristas, ingenieros, empleados y trabajadores manuales.

### ITALIA

#### **Extensión del Seguro de Enfermedad a los Pensionados de Invalidez y Vejez**

Con fecha 4 de agosto del presente año, se ha expedido la ley N° 692, que establece el beneficio del seguro de enfermedad a las siguientes personas:

- 1) los titulares de pensiones concedidas por el seguro obligatorio de invalidez, vejez y sobrevivientes, y por otras formas de previsión obligatoria reconocidas, sustitutivas del seguro general, antedicho;
- 2) los titulares de pensiones directa o indirectamente a cargo de las Cajas de Previsión administradas por la Dirección General de los Institutos de Previsión del Ministerio de Hacienda, de Montes, Institutos o Fondos especiales administrados por las Comunas, Provincias e instituciones de asistencia y beneficencia públicas;
- 3) los titulares de rentas por accidentes de trabajo o de enfermedad profesional, en los casos de incapacidad permanente de grado no inferior al 80%, o bien los titulares de rentas de sobrevivientes. Además gozan del beneficio los siguientes familiares del titular, siempre que vivan a su cargo:
  - a) la mujer, no separada legalmente por su culpa, o bien el marido, permanentemente incapacitado para el trabajo.
  - b) los hijos solteros legítimos, legitimados o naturales legalmente reconocidos, los hijos adoptivos e hijos nacidos de primer matrimonio, todos ellos menores de 18 años o mayores de esta edad pero incapacitados para el trabajo;
  - c) los hermanos y hermanas dentro de los límites y condiciones señaladas para los hijos;
  - d) los progenitores, padres mayores de 60 años, y madres de 55, y sin límite de edad, si están permanentemente incapacitados para el trabajo.

La asistencia por enfermedad estará a cargo de las instituciones nacionales de seguro y previsión social actualmente en funcionamiento en Italia.

La asistencia por enfermedad comprende las siguientes prestaciones: general y especial; (incluso la obstetricia); hospitalización y farmacéutica. Estos beneficios serán otorgados a partir del primer día del tercer mes de la fecha de entrada en vigor de esta ley.

Desde la fecha de entrada en vigor de la presente ley, la contribución de patronos y asegurados para pensiones y asistencia de enfermedad a pensionados, se establece en 9.20% de los salarios; correspondiendo 6.15% al empleador y 3.05% a los trabajadores.

Se establece igualmente que participarán en los respectivos Consejos de Administración de los Institutos y Centros de Previsión Social, los pensionados que serán nominados por las organizaciones sindicales más representativas.

### **Reorganización del Ministerio de Trabajo y Previsión Social**

Por Decreto N° 570, de 19 de marzo del presente año, se ha dispuesto la reorganización central y periférica del Ministerio del rubro, señalando que estará constituido en su Administración Central por las siguientes Direcciones Generales y Servicios:

- 1º—Dirección General de Asuntos Generales y del Personal;
- 2º—Dirección General de Relaciones de Trabajo;
- 3º—Dirección General de Ocupación y Adiestramiento Profesional.
- 4º—Dirección General de Previsión y Asistencia Social;
- 5º—Dirección General de Cooperación;
- 6º—Servicio para el envío y cuidado de los trabajadores emigrantes.

Los órganos periféricos del Ministerio son: La Inspección de Trabajo y la Oficina del Trabajo y Ocupación.

## **NORUEGA**

### **Aumento de las pensiones de vejez**

El 1º de julio del año en curso, ha entrado en vigor el alza de las pensiones de vejez, decretada por el Parlamento en el mes de marzo. La pensión anual de un hombre soltero de este modo se eleva de 1,440 coronas a 1,680; y la de un hombre casado de 2,160 a 2,520 coronas. Lo que representa un aumento de 240 y 360 coronas respectivamente.

Asimismo, la cotización del pensionado de vejez se eleva de 1,5 a 1,8 por ciento anual.

El Parlamento, igualmente, ha estudiado una proposición tendiente a suprimir el examen de las rentas; esta proposición ha sido rechazada pues acarrearía un aumento considerable de los gastos a cargo de los fondos públicos, que en este punto se elevan anualmente a 60 millones de coronas, no siendo, por tanto conveniente en razón de la actual situación económica.

La Comisión Social Parlamentaria estima que el número de personas beneficiadas con pensiones de vejez, se eleva en 1955 a 200,000.

## Legislación Social Peruana

*Salud Pública y  
Asistencia Social.*

### **INTENSIFICACION DE LA CAMPAÑA ANTIMALARICA**

**R. S. 26-8-55**

**“El Peruano” 1-10-55**

Resuelve que los Departamentos respectivos de la Dirección General de Salud Pública intensifiquen sus actividades para la pronta terminación de la encuesta epidemiológica de las zonas maláricas del país, como medida tendente al plan de erradicación de la malaria que se le encomienda, y constituye, además, una Comisión Coordinadora de Erradicación de la Malaria, que estará presidida por el Ministro de Salud Pública, el Jefe de la División de Enfermedades Transmisibles y los Jefes de Departamentos de Epidemiología y de Lucha contra Vectores de la citada División.

### **ESTABLECE LA SEMANA DE LA SALUD**

**R. S. 148, “S. P.” 22-9-55**

**“El Peruano” 5-10-55**

Establece la “Semana de la Salud” en toda la República, encargando a la Dirección General de Salud Pública del cumplimiento de esta disposición.

## CREA LA "ORDEN DE HIPOLITO UNANUE"

D. S. 22-10-55

"El Peruano" 15-11-55

Establece la condecoración del epígrafe destinada a premiar a los profesionales que hayan destacado, en forma especial, en el adelanto de las ciencias médicas y el progreso de la Salud Pública.

## DEFENSA DE LA SALUD DE LA MADRE Y EL NIÑO

R. S. 2-11-55

"El Peruano" 15-11-55

Nombra una Comisión integrada por el Director General de Salud Pública, y por los Jefes de las Divisiones de Higiene y Educación Sanitaria, de Hospitales y los Jefes de los Departamentos de Sanidad Escolar, Higiene Mental, Materno-Infantil y Nutrición, que se encargará de formular un programa integral de defensa de la salud materno-infantil.

## COMISION PARA ESTUDIAR EL CONTROL DE LA LECHE

R. S. 134 3-11-55

"El Peruano" 16-11-55

Crea una Comisión que se encargará de precisar las funciones que en el control de la leche corresponde a cada una de las reparticiones estatales. Integrarán dicha Comisión delegados de los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social y Agricultura, así como uno del Concejo Provincial de Lima.

## PROGRAMA DE LA SEMANA DE LA SALUD

R. S. 3-11-55

"El Comercio" 4-11-55

Aprueba el programa de la Semana de la Salud, que se realizará en todo el país del 28 de noviembre al 3 de diciembre, estableciendo Comités de Salud en calidad de organismos de cooperación en educación sanitaria.

## NUEVA OFICINA DEL SCISP EN AREQUIPA

R. S. 24-11-55

"El Peruano" 26-12-55

Autoriza al Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública para que establezca una oficina de Sector del Departamento de Higiene In-

## INFORMACIONES SOCIALES

dustrial en la ciudad de Arequipa, que será la sede de las actividades de esa Repartición en las zonas mineras del sur del país.

*Trabajo y  
Asuntos Indígenas.*

### **NO SE ADMITIRA DEMANDA DE DESAHUCIO DE YANACONAS APOYADAS EN LA MAYOR EXTENSION DE LAS PARCELAS**

**D. S. 12-9-55**

**“El Peruano” 3-10-55**

Decreta que los jueces no recibirán demanda de desahucio y aviso de despedida contra yanacunas fundadas en el mérito de diligencias de inspección ocular y peritajes que determinen que las parcelas otorgadas por contratos de yanacuna, poseen extensión mayor a la señalada en el art. 1º de la Ley N° 10885.

### **REQUISITOS PARA EL TRABAJO DE MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD**

**R. S. 29-9-55**

**“El Peruano” 3-10-55**

Señala que los empleadores que contraten trabajadores menores de 18 años de edad, deberán fijar en lugar visible de sus establecimientos, la relación de tales servidores, con especificación de las autorizaciones expedidas en cada caso por las autoridades de trabajo.

### **BENEFICIOS SOCIALES PARA TRABAJADORES DE AUTOBUSES**

**R. S. 26-10-55**

**“El Peruano” 29-10-55**

Establece que las indemnizaciones, vacaciones y demás beneficios sociales que correspondan a los trabajadores de autobuses, se computarán sobre la base del salario y demás cantidades que perciban por concepto de riesgo profesional, mayor capacidad, sobrecarga de pasajeros, costo de vida.

### **REGLAMENTA LA LEY DE JUBILACION DE LOS OBREROS DEL ESTANCO DEL TABACO**

**D. S. 21-11-55**

**“El Peruano” 24-11-55**

Dicta las disposiciones reglamentarias del régimen de jubilación establecido por la Ley N° 12307 en favor de los obreros del Estanco del Tabaco.

## AUMENTO DE LAS PENSIONES DE JUBILACION DE LOS TRABAJADORES DE LAS EE. AA. Y COMPAÑIA DE TRANVIAS

D. S. 29-12-55

“El Peruano” 30-12-55

Eleva en 45% las pensiones de jubilación ordinaria, reducida y de invalidez de los empleados y obreros de las Empresas Eléctricas y de la Compañía de Tranvías S. A., aumentando también la suma con que debe concurrir la entidad administradora de los fondos a los gastos de sepelio de los jubilados.

## REAJUSTE DE SALARIOS MINIMOS EN LA INDUSTRIA TEXTIL DE LIMA Y CALLAO

D. S. 15-12-55

“La Nación” 16-12-55

Fija los jornales mínimos por ocho horas de labor en la industria textil de Lima y Callao sobre los que se aplicará el porcentaje correspondiente al reajuste por costo de vida.

*Hacienda y  
Comercio.*

## ESTABLECE LA ASOCIACION MUTUALISTA DE LA AUTORIDAD PORTUARIA DEL CALLAO

D. S. 20-9-55

“El Peruano” 29-10-55

Decreta el establecimiento de la Mutualista del rubro, y aprueba sus Estatutos, divididos en 5 Capítulos y 23 artículos.

## EXCLUYE DEL REGIMEN DE LA LEY N°. 12133 LOS INGRESOS PROVENIENTES DE LEYES DE PREVISION SOCIAL

Ley 12433, 22-11-55

“El Peruano” 25-11-55

Excluye los ingresos provenientes de las Leyes de los Seguros Sociales del Obrero y del Empleado, del régimen de las Cuentas Especiales.

# Biblioteca de la Caja Nacional de Seguro Social

## PUBLICACIONES RECIBIDAS DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE DE 1955

### 1) ORGANISMOS INTERNACIONALES

#### a) Naciones Unidas

Estudio Económico de América Latina; 1954... realizado por la Secretaría de la Comisión Económica para América Latina. México; 1955.

Mesa Redonda sobre la Enseñanza de las Ciencias Sociales en la América Central y las Antillas. La Habana, 1955.

Laws and regulations, United Kingdom, 1955: agosto 28. (Secretaría General).

Office Consolidation opium and narcotic drug act. (Canadá). 1954.

Informe sobre las normas de conducta en la administración pública, Junta Consultiva de Administración Pública Internacional, 1954.

Ten Years of United Nations Publications 1945 to 1955. New York.

Unicef en América Latina; Naciones Unidas. 1955: 1er. Semestre, Nº 10.

#### b) Organización Internacional del Trabajo

Actas de la 127a. reunión del Consejo de Administración. Roma, 16-19 nov. de 1954. O.I.T.

Boletín Oficial, Ginebra. O.I.T. Índice A. 1952: vol. XXXV.

Ginebra. O.I.T. Índice A. 1953: vol. XXXVI.

Ginebra. O.I.T. 1954: dic.: 15; 20; 1955: Nº 1, 2.

Ginebra. O.I.T. Índice: 1955: Nº 3, 4.

39a. Ginebra, 1956; La formación profesional en la agricultura. O.I.T. Informe IV (1).

Servicios Sociales para los trabajadores. O.I.T. Informe V (1). quinto punto del orden del día.

Los Sistemas de Seguro de Desempleo, 1955: N.S. Nº 42.

Informaciones Sociales; Ginebra. O.I.T. 1955: oct. Nº 8.

Revista Internacional del Trabajo; Ginebra. 1955: junio Nº 6; jul. Nº 1; agosto-set. Nº 2-3; oct. Nº 4.

Serie Legislativa; Ginebra. 1955: mayo-junio; jul.-agosto. O.I.T.

## INFORMACIONES SOCIALES

**c) Organización Mundial de la Salud**
**Oficina Sanitaria Panamericana**

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; OMS. Washington. 1955: junio N° 6; jul. N° 1; agosto N° 2.

Noticiero de la OMS.; Ginebra. 1955: agosto-set. N° 8-9; oct. N° 10; nov.-dic. N° 11-12.

**d) Asociación Internacional de la Seguridad Social**

A.I.S.S. Informe Especial del Secretario General a la XII Asamblea General. México. nov.-dic. 1955.—ISSA|XII|5.

XII Asamblea General. nov.-dic. de 1955: Acuerdos de reciprocidad sobre seguridad social. ISSA|XII|3.

Cuarta Reunión; México. nov. de 1955. Proyecto de Resolución. (comisión médico social) ISSA|MSC|IV|4.

Programa de actividades futuras de la Comisión. ISSA|MSC|IV|3.

La Formación médico-social de los médicos ISSA|MSA|IV|2.

La Influencia de la reeducación profesional sobre la evaluación de la invalidez. ISSA|MSC|IV|1. (ISSA|MSC|III|2 enmendado).

A.I.S.S.—XII Asamblea General; México. nov.-dic. de 1955. El Seguro de Enfermedad. ISSA|XII|2 (a).

Proyecto de Resolución sobre las asignaciones familiares. ISSA|XII|4|1|1. El Seguro de Enfermedad en América Latina (Ponente: Ernesto Zapata) ISSA|XII|2|4.

Problemas administrativos de los sistemas de protección contra el desempleo. ISSA|AC|III|2.

Las Relaciones entre las prestaciones del seguro de desempleo y las demás ramas de la seguridad social. ISSA|AC|III|1.

Desarrollos recientes en el campo de la seguridad social (1953-1955) vol. I (Europa, Africa, Asia, Oceanía). vol. II.

Boletín de la A.I.S.S. Ginebra; 1955; mayo-junio N° 5-6; jul. N° 7; agosto N° 8.

Crónica; A.I.S.S.-C.I.S.S. Ginebra. 1955: junio-jul. N° 6; oct. N° 8; agosto-set. N° 7.

C.I.S.S. Quinta Reunión; Memoria de Labores. Caracas. 1955.

Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, Reseña de la Sexta Reunión del Comité Permanente. Caracas. marzo de 1955.

**e) Organización de los Estados Americanos**

Américas; Washington. 1954: junio N° 6.

Las Américas Unidas en las palabras de sus estadistas; Washington.

65 Años de Cooperación Interamericana, 1890 a 1955. (Unión Panamericana). Washington.

Ciencias Sociales; Washington. 1955: junio N° 33; agosto N° 34.

Educación Social del Trabajador; Washington. 1955: oct. N° 6.

## INFORMACIONES SOCIALES

- La Educación en las relaciones obrero-patronales; 1955: junio N° 13 (Unión Panamericana).
- Exodo Rural en Venezuela; Unión Panamericana.
- Informe Epidemiológico Semanal; Washington. 1955: set. N° 37, 38, 39; oct. N° 40, 41, 42, 43; nov. N° 44, 45, 46, 47; dic. N° 48, 50, 51.
- Irrigation Civilizations: a comparative study; 1955. Washington.
- Mapas del Sistema Panamericano de Carreteras, Washington. 1955.
- La O.E.A., en la actualidad. Washington.

## 2.—LIBROS Y FOLLETOS

Arroba, Gonzalo

Cálculo de primas del Seguro Social de Invalidez, Vejez y Muerte para los empleados particulares del Perú. 1952. 1ª Parte: Exposición Matemática. 2ª Parte: Tablas de cálculo.

Bouroncle Carreón, Alfonso

Algunas consideraciones sobre Epidemiología de la Tuberculosis en el Perú; tesis de doctorado. Lima, 1954.

Rovira Bertram, Carmen

Los Epígrafes en el Catálogo Diccionario (historia, crítica y teoría) 1952. La Habana-Cuba (Cultural S.A.).

Valencia, Hugo

Medio siglo de Derecho Laboral en el Ecuador (Esquema histórico). Segundo Congreso Nacional de Tuberculosis; Lima. 1954. Actas y Trabajos.

American Hospital Supply Corporation; Evanston Illinois. 1955: oct.

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento; Washington. Noveno informe (1953-1954).

By-Laws, Washington. 1950: nov. 1º

Convenios y Operaciones del Banco.

Discurso Eugene R. Black, XIX Sesión del Consejo Económico y social de las Naciones Unidas; New York.

Export-Import Bank of Washington; 1955: oct. 19, 20; dic. 8, N° 346, 347, 348.

Loan Regulations; N° 3, 4.

Loans at Work; Washington. 1954: jul. 20.

El Salvador y el Banco. Int. de Rec. y Fomento.

Sexta Reunión Anual de la Junta de Gobernadores; Washington. 1951: set. 10-14 (30 nov. de 1951).

Washington. 1955: agosto: 17, 19; set.: 29; oct.: 3, 4.

Export-Import Bank of Washington; Inter-American Highway in Costa Rica; 1955: nov.

Twentieth Semianual Report to Congress; 1955: january-june. 1955: nov.

Money-Matters; New York. 1955: est.; oct.

## INFORMACIONES SOCIALES

## 3.—PUBLICACIONES PERIODICAS NACIONALES

- Actualidad Económica**; Lima. 1955: agosto; set; oct; nov; dic.
- Anuario de la Legislación Peruana**; Lima. 1953: Leyes N° 11986-12105; 1954: leyes N° 12106-12384.
- Asociación de Cámaras de Comercio del Perú**; Lima. 1955: feb; marzo; abril-mayo.
- Biblioteca Nacional**. Lima. Memoria, 1953-1954.
- Boletín de la Academia de Estomatología del Perú**; Lima. 1954: nov. N° 3-4.
- Boletín de la Biblioteca del Colegio de Abogados de Lima**. 1955: N° 3.
- Boletín de la Caja de Depósitos y Consignaciones**, Depto. de Recaudación; Lima. 1955: feb; marzo; abril; mayo.
- Boletín de la Compañía Administradora del Guano**; Lima. 1955: mayo; junio; julio.
- Boletín de la Sociedad Geográfica de Lima**; 1953: 3er. y 4to. trimestre 1954; 1er. y 2do. trim.; 3er. y 4to. trim. 1955; 1er. y 2do. trim. 3er. y 4to. trim.
- Boletín de la Sociedad Nacional de Minería y Petróleo**; Lima. 1955: mayo-junio, julio-agosto.
- Boletín Municipal** (Concejo Provincial de Lima). 1954; dic; 1955; enero; feb-marzo; abril-mayo; junio-jul; agosto-set.
- Boletín Mensual de la Cámara de Comercio de Lima**. 1955: jul; agosto; set; oct.
- Boletín Semanal de la Cámara de Comercio de Lima**. 1955: set: N° 357, 358, 359; oct: N° 360, 361, 362; nov: N° 363, 364, 365, 366; dic: N° 367, 368.
- Corporación de Comerciantes del Perú**; Lima. 1955; agosto.
- El Empleado**; Lima. 1955: marzo.
- Fraterna**; Lima. 1955: set-oct.
- Informaciones Comerciales**; Lima. 1954: feb; abril, jul, agosto, set, oct, nov, dic; 1955: enero, feb, marzo, abril, mayo, junio, jul, agosto, set.
- Industria Peruana**; Lima. 1954: feb, mayo, agosto, dic; 1955: jul, agosto, oct, set.
- Informativo Agropecuario**; Lima. 1955: set, oct, nov.
- Peruvian Times**; Lima. 1955: set. N° 768, 769, 770, 771; oct. N° 772, 773, 774, 775; nov. N° 776, 777, 778, 779; dic. N° 80, 81, 83.
- Presupuesto General de la República**; Lima. 1955.
- La Reforma Médica**; Lima. 1955: set-oct.
- Revista de Jurisprudencia Peruana**; Lima. 1955: agosto; set; oct.
- Revista de Neuro-Psiquiatría**; Lima. 1955: marzo; junio.
- Revista del Foro**; Lima. 1953: mayo-agosto; 1954: mayo-agosto; set-dic; 1955: enero-abril.
- Revista de la Sanidad de Policía**; Lima. 1955: mayo-junio.
- Revista del Hospital del Niño**; Lima. 1955: set.
- Revista Médica de Arequipa**; Arequipa. 1954: dic; 1955: enero-abril.
- Revista Médica del Hospital Obrero**; Lima. 1954: enero-junio; 1955: enero-marzo; abril-junio.

## INFORMACIONES SOCIALES

Revista Peruana de Salud Pública; Lima. 1955: nov.-dic.

Unicef para los Niños; Lima. 1955: enero-feb; marzo-abril; junio.

## 4.—PUBLICACIONES PERIODISTICAS EXTRANJERAS

ARGENTINA.—El Economista; Buenos Aires. 1955: oct. 15.

La Ley; Buenos Aires. 1955: agosto: 19, 23, 24, 25, 26, 27, 29; set: 3, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 29, 30; oct: 4, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 22, 24, 28; nov: 3, 5, 10, 11, 12, 14, 21, 29.

Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales; Buenos Aires. 1955: mayo-junio.

Revista de Obras Sanitarias de la Nación; Buenos Aires. 1955 mayo-junio; jul-agosto-set.

AUSTRIA.—Soziale Sicherheit; Wien. 1955: agosto.

BELGICA.—Archiva Médica Bélgica; Bruxelles. 1955: mayo-junio.

Belgique-Amérique Latine; Bruxelles. 1955: enero-feb.

La Mutualité professionnelle; Bruxelles. 1955: enero-feb.

Union Nationale des Federations de Mutualites professionnelles de Belgique; Rapport Annuel. Bruxelles. 1955.

BOLIVIA.—Revista de Estadística; La Paz. 1954: set.-dic.

BRASIL.—Anuario Estadístico do Brasil; Río de Janeiro. 1954: dezembro.

Boletín do Ministerio do Trabalho, Industria e Comercio; Río de Janeiro. 1954: janeiro-marzo.

Conjuntura Económica; Río de Janeiro. 1955: agosto, set, oct.

Revista do Trabalho; Río de Janeiro. 1955: mayo-junio.

COLOMBIA.—Acción; Bogotá. 1955: junio-jul; oct.

Boletín de la Cámara de Comercio de Bogotá. 1955: agosto N° 836; set: N° 387, 389; oct: N° 845; nov. N° 848.

Boletín Económico; Bogotá. 1955: nov. N° 9.

Censo de Población de 1951, Huila. 1955: set. (Bogotá).

Censo de Población de 1951, Atlántico. 1955: nov. (Bogotá).

Boletín Mensual de Estadística; Bogotá. 1955: set; oct; nov.

COSTA RICA.—Anuario Estadístico; San José. 1951-1952.

Anuario de la Dirección General de Estadística; San José. 1950.

Caja Costarricense de Seguro Social. Estadística de trabajadores asegurados, patronos afiliados y salarios cubiertos. San José. 1954.

CUBA.—Anuario Estadístico de Cuba; La Habana. 1952.

La Estadística en el índice de la Economía; La Habana. 1954: enero-dic.

Universidad de La Habana; Curso Académico de 1953-1954.

Vida Universitaria; La Habana. 1955: junio-jul.

CHILE.—Previsión Social; Santiago. 1954: 1er. y 2do. semestre.

ECUADOR.—Boletín del Instituto de Derecho Comparado; Quito. 1955: nov.

Banco Central del Ecuador, Boletín. Quito. 1955: marzo-abril.

Comercio Exterior Ecuatoriano, Banco Central del Ecuador. Quito. 1955: 88-89-90.

Revista de Derecho Social Ecuatoriano; Quito. 1955: enero-dic.

- ESTADOS UNIDOS.—Government Publications. 1955: feb-marzo-abril.  
 Los Hombres libres en sus trabajos; Washington. 1955: junio, julio.  
 El Hospital; New York. 1955: oct.  
 Life Insurance News Data; New York, 1955: set.  
 Monthly Labor Review; Washington. 1955: agosto.  
 Quarterly; New York. 1955: octubre.  
 Social Security Bulletin; Washington. 1955: agosto; set, oct, nov.  
 Servicios Públicos; New York. 1955: set-oct; nov-dic.  
 Vital Statistics; Washington. 1955: junio N° 3, 4.
- ESPAÑA.—Compilación de disposiciones vigentes sobre seguros sociales; suplemento. N° 12.  
 Estudios Americanos; Sevilla. 1955: junio, julio, agosto.  
 Revista de Trabajo; Madrid. 1955: mayo, junio.  
 Revista Iberoamericana de Seguridad Social; Madrid. 1955: marzo-abril; mayo-junio.
- FRANCIA.—Bulletin de Information de la Mutualité Agricole; Paris. 1955: feb, marzo, mayo, junio, julio, set, oct.  
 Bulletin du Service social des organismes de sécurité sociale. París. 1955: abril, mayo, junio-jul.-agosto.  
 Guide du Correspondant de caisse de sécurité sociale; París. 1954: oct. dic.; 1955: feb, abril, mayo, junio, jul-agosto; set.  
 Informations Sociales; París, 1955: set, oct, nov.  
 Revue de la Sécurité Sociale; París. 1955: jul-agosto; set.
- GRECIA.—Instituto de Seguros Sociales; memoria 1955. Atenas.
- HAITI.—Bulletin Trimestriel de Statistique; Port-Au-Prince. 1956; set. N° 18.
- HONDURAS.—Anuario Estadístico; Honduras. 1953.  
 Boletín del Consejo de Estado; Honduras. 1954-1955; feb, marzo.  
 La Gaceta; Tegucigalpa. 1955: agosto: 11, 12, 13, 15, 16, 17.
- INGLATERRA.—La Commonwealth y el avance nuclear; Londres. 1955. junio.  
 Government Publications monthly List; London. 1955: july.  
 The Economist; London. 1955: agosto: 27; set: 3, 10, 24; oct: 1, 8, 15, 22, 29; nov: 5, 12, 19.  
 Social Work; London. 1955: oct.
- ITALIA.—I Problemi del Servizio Sociale Roma. 1955: maggio-giugno; luglio-agosto.  
 La Previdenza Sociale Nell'Agricoltura; Roma. 1955: jul.-agosto.  
 Rivista degli Infortuni e delle Malattie professionali; Roma. 1955: maggio-giugno; jul-agosto.
- LUXEMBURGO.—L' Assurance=Maladie. 1954.
- MEXICO.—Boletín del Instituto de Derecho Comparado; México. 1955: mayo-agosto.  
 Compendio Estadístico; México. 1953.
- NUEVA ZELANDIA.—Social Security Department; New Zealand. 1955: H-9 (31 marzo de 1955).
- PANAMA.—Estadística Panameña; 1955: enero.
- PUERTO RICO.—Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico; Santurce. 1955: enero; octubre.



## INFORMACIONES SOCIALES

- REPUBLICA DOMINICANA.—Comercio Exterior; Ciudad Trujillo.  
1955: enero; feb.  
Boletín de Salud Pública; Ciudad Trujillo. 1955: enero-marzo.  
Estadística Bancaria; Ciudad Trujillo. 1954: vol. XIX.  
Estadística Demográfica; Ciudad Trujillo. 1953: vol. XI.  
Estadística del Seguro Social; Ciudad Trujillo. 1954: 2do. trimestre N<sup>o</sup> 25.  
Previsión Social; Ciudad Trujillo. 1955: enero-feb; marzo-abril.  
Sacrificio del Ganado; Ciudad Trujillo. 1955: vol. XVII.  
Seguridad Social; Ciudad Trujillo. 1955: jul.-agosto.
- EL SALVADOR.—Anuario Estadístico de la Rep. de El Salvador;  
San Salvador. 1949: tomo I y II.
- URUGUAY.—Boletín Censo y Estadística; Montevideo. 1955: enero-  
feb; marzo-abril.  
Revista de la Caja de Jubilaciones y pensiones de la Industria y Co-  
mercio; Montevideo. 1955: enero-marzo.
- VENEZUELA.—Boletín de la Cámara de Caracas. 1955: agosto,  
set, oct.  
Gaceta Oficial de la Rep. de Venezuela; Caracas. 1955: junio.  
Educación; Caracas. 1954: agosto; 1955: agosto.  
Notas Estadísticas; Caracas. 1955: abril; mayo.  
Revista del Foro; Caracas. 1955: abril-junio; jul-set.  
Revista del Trabajo; Caracas. 1955: abril-junio; jul-set.  
Revista de Sanidad y Asistencia Social; Caracas. 1954: set-dic N<sup>o</sup>  
5 y 6.  
Unidad Sanitaria; Caracas. 1954: ju-agosto.

