





# INFORMACIONES

# SOCIALES



AÑO XI Enero - Febrero - Marzo - 1956 No. 1

Publicación Trimestral de la  
Caja Nacional de Seguro Social del Perú

# *INFORMACIONES SOCIALES*

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

# 1

# S U M A R I O

	Pág.
Los Médicos y la Seguridad Social: Armonías y Conflictos, por el <i>Dr. Carlos Enrique Paz Soldán</i> ... ..	3
Encuesta Tisiológica y Demográfico-Sanitaria en Quillabamba, por el <i>Dr. Alfonso Bouroncle Carrión</i> ... ..	11
Hacia la Reforma de la Previsión Social en la República Federal Alemana, por <i>Helmuth Köhrer</i> ... ..	32
El Seguro de Vejez (continuación), por <i>Jorge A. Valcárcel</i> ... ..	51
Boletín Institucional ... ..	73
Información Nacional ... ..	76
Información Extranjera ... ..	84
Legislación Social Peruana ... ..	103

—oOo—

AÑO XI

Enero-Febrero-Marzo

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.**

# LOS MEDICOS Y LA SEGURIDAD SOCIAL:

## ARMONIAS Y CONFLICTOS

(Especial para INFORMACIONES SOCIALES)

Por el

Dr. CARLOS ENRIQUE PAZ-SOLDAN

Director del Instituto de Medicina Social de la Universidad Nacional  
Mayor de San Marcos. Miembro Honorario de la Oficina Sanitaria  
Pan-Americana.

### I n t r o d u c c i ó n :

*“Malgré ses faux pas, malgré sur tout  
ses succes, malgré les erreurs de l'épo-  
que, la Medicine, heureusement ne sera  
jamais en danger dans le coeur du vrai  
Medecin”. G. DUHAMEL. “Paroles de  
Medecin”.*

Penetrar en la densa selva ideológica de la Política Social contemporánea que por doquiera desarrollan los Estados, es atrevida aventura intelectual. No importa que el arriesgado explorador se aproxime tan sólo, como en este breve itinerario de ruta, a la zona que esa política brinda con la **nacionalización socializada** de la asistencia médica, en sus complejos y múltiples aspectos para remediar las enfermedades y los quebrantos que son patrimonio del cuerpo humano, mediante el sistema económico-administrativo denominado Seguridad Social. La aventura subsiste con sus riesgos.

Sin embargo penetro confiado una vez más en esa **jungla** seductora, respondiendo a la invitación de la CAJA NACIONAL DE SEGURO OBRERO DEL PERU para que le entregue un artículo de colaboración destinado a INFORMACIONES SOCIALES, su órgano periodístico. La libertad concedida para la elección del tema por tratar, tal es el poderoso estímulo adicional para atreverse a la arriesgada exploración. Aquí, públicamente, agradezco la confianza dispensada, que es aliento para mejor acertar en la empresa intelectual que acometo.

Previamente, en esta Introducción, expongo el orden en el que exami-

## INFORMACIONES SOCIALES

naré el tema seleccionado, de actualidad indiscutible, digno de cuidadoso enfoque y que titulo: "Los Médicos y la Seguridad Social: Armonías y Conflictos". Una primera parte brinda una sinopsis de lo que, ante mis ojos, es la práctica de la Medicina como actividad de trabajo de quienes la profesan; una segunda parte, expondrá la manera como miro la avalancha que el mundo de nuestro tiempo ofrece con el avance de la Seguridad Social como medio político de acción médica, con sus realizaciones efectivas y sus múltiples mirajes alucinantes.

Fijados los polos, meridiano de la exploración del tema, un tercer capítulo enumerará los conflictos y las armonías del mundial entrecroque entre médicos y seguridad social, al cumplir la obra de salud en las colectividades forzadas al seguro oficial del Estado. Una parte cuarta, final de este estudio monográfico, si se permite la calificación, tratará de la **peruanización** del magno fenómeno contemporáneo objeto de este trabajo académico. Brindará bosquejos sumarios sobre como bajo el doble poder condicionador de la transculturación y de la adaptación de la Seguridad Social, a las realidades socio-vitales del Perú, con sus gentíos mixtos distintos por su cultura, su economía, sus lenguas, sus costumbres y sujetos a la potencia del geo-cosmos que preside la inmensidad de los Andes.

Una conclusión sintética condensará los puntos de vista de quien se ha atrevido a esta exploración libérrima del magno problema actualísimo en el mundo y que se ofrece por doquiera en el Continente Americano, entregado al seductor ensayo de la Seguridad Social importada de Europa y recibida como una herencia plena de responsabilidades en cuanto a su efectivo disfrute por el pueblo.

Tal el plan de este itinerario de ruta como lo llamo, en el que se expone el pensamiento académico que profesa su autor, asentado en las experiencias acumuladas en tres décadas de docencia en el Instituto de Medicina Social de la Universidad Mayor de San Marcos de Lima y en los numerosos documentos fehacientes atesorados durante ese lapso, en los que se estudia la realidad del fenómeno de las relaciones de la Medicina con la Seguridad Social, las que han mutado bajo el imperio de los acontecimientos bélicos, jamás registrados por la Historia, que han empurpurado el mundo entero llenándolo de dolores, de quebrantos y de ruinas pero asimismo levantando sobre estos dolores, quebrantos y ruinas, un mundo nuevo pleno de promesas.

Cierro esta Introducción reiterando mi agradecimiento al señor don Ernesto Zapata, hoy dinámico director de la marcha de la Caja Nacional del Seguro Social Obrero, por su aliento y amistad prodigadas para que este trabajo viera la luz pública. Por su extensión, será presentado en forma parcial, cada parte separadamente conforme lo demanda las exigencias de la prensa moderna, que no gusta de infolios, menos de enciclopedias, sino de cosas rápidas, sentidas y contadas con alegría de alma y pureza de intención.

—————«O»—————

## INFORMACIONES SOCIALES

## P r i m e r a P a r t e

## LOS MEDICOS Y EL EJERCICIO DE LA PROFESION.

**“La verdadera piedad, gloria y honor del médico, consisten en mirar por la salud del pueblo posponiendo a ella, las inclinaciones y las utilidades propias”.**  
**H. UNANUE “Discurso al fundar el Anfiteatro Anatómico de Lima”, 1792.**

En la milenaria existencia del médico, actividad suya esencial fué, es y seguirá siendo, el DIALOGO: sin palabras, profundo y mudo se diría, consigo mismo sobre su Arte colmado de piedad y sobre su Ciencia grávida de misterios, jamás estáticos y en perpetuo cambio; diálogo íntimo y cordial con cuantos demandan alivio para sus males y consuelo para sus angustias y temores; diálogo trascendente con la divinidad de su creencia y culto, a la que siempre el médico verdadero tuvo por superior a sus humanas potencias profesionales.

A este eterno dialogar inacabable para bien cumplir su misión social, cambios le dió, históricamente, la Sociedad donde ejercía su labor y los individuos que la integran y los órganos de acción política imperantes en cada grupo y en cada región; y geográficamente, el escenario climatotelúrico, cielo y suelo, condicionantes a la Vida, y las relaciones —ecológicas se les llama hoy— con los Biontes, animales y plantas depositarios de vida y rivales del hombre al que disputan un sitio debajo del Sol.

De tales diálogos derivó la **Descisión** profesional, lo que en el lenguaje usual se dice la práctica médica. Conjuntamente con ella y con sus efectos, derivaron aleccionadoras experiencias que acumuladas y depuradas por mentes alertas y pensadoras se tornaron Doctrina científica y Praxis terapéutica: breviaros a lo largo del tiempo del diagnóstico y de la cura, los dos más nobles productos de la profesión en su diario trabajar. En lo Alto, en sus quehaceres, el médico vió siempre a la **Ética**, libertad y responsabilidad a un tiempo mismo; y en torno, carta de rumbo cotidiano, la pericia adquirida, la sensibilidad aguda y el pensar hondo y recto: manos, corazón y cerebro, la trinidad actuante de quienes abrazan este servir social que es la Medicina.

Dialogando de tal suerte, el médico se tornó en servidor público sujeto a la sociedad donde dejó sentir su actividad. Y para cumplir tal misión, se hizo sacerdote, oficio sacro como siempre lo reivindicó la Medicina, al dar a su origen contornos legendarios y divinos, como emanación de los dioses que la inventaron: Imhotep, Asclepios, Apolo y cuantos después han sido. El Sol sustituyó a tales dioses en nuestros lejanos, misteriosos días precolombinos.

Incontables escritos tengo ofrendados en mi largo magisterio hipocrático sobre cómo entiendo y juzgo que debe ser el ejercicio de la Medicina y sobre sus rumbos de orientación social. Repetir aquí lo ya escrito sería inoportuno. Tan sólo para fijar el carácter de este trabajo, superior por

## INFORMACIONES SOCIALES

su objeto y su inspiración, reproduciré alguna síntesis que ahora años publicó en ese libro de síntesis que es "RUMBOS DE POLÍTICA SANITARIA" (1 vol. 382 pág. 1945).

Resume la evolución de la profesión en las edades, estimándola por eso cruzada en favor del mejoramiento socio-vital, y no modesto y abusivo ganapán. La sentencia de Hipólito Unánue, hoy en el bronce que perenniza su efigie ante los nuevos que abrazan la profesión, polar fué a la que jamás dejé de mirar con amor. Así decía delante de los micrófonos de Radio Nacional del Perú, el 28 de Agosto de 1944 hablando de "Las Vocaciones Sacerdotales": "La Medicina es cosa sagrada. En sus orígenes, los griegos crearon una trinidad de Esculapio, dios de la Medicina. Creían que hubo hasta tres del mismo nombre. Uno hijo de Apolo deidad de la poesía y el arte en marcha hacia el Sol origen de la Vida; otro, hermano de Mercurio, dios del Comercio; y un tercero, de filiación desconocida a quien recogió Chirón enseñándole a operar sobre los cuerpos vulnerados; urgidos de la mano que cura, origen de la cirugía. El mito puede ser leyenda, más su esencia es inmortal y fecunda. Nos enseña que puede haber muchas clases de médicos: aquel que vive la luz y la armonía verbal, padre de Higia; otro, que engendró a Panacea con sus remedios salutíferos, base de la opulenta industria de droguería de nuestro tiempo materialista, y por último, un tercer Esculapio, al que elevaron el Templo de Epidauros, que acredita como siempre acompañó la admiración de los hombres, a quienes capaces se muestran de arrancarles con sangre y dolor sus padecimientos". En este mito están simbolizados el higienista, el médico y el cirujano.

Esto acontecía en la hora pagana del mundo. Vino el Cristianismo, con él vino la Caridad, viático hacia el corazón de los hombres y el cuadro antiguo cambió de personajes, no de liturgias y rituales, ni de contenido dramático. En el mismo libro citado conté como fué la práctica médica bajo la victoriosa Cruz de Redención. "Menos artificial si bien coincidente con el carácter sacerdotal por divino de la Medicina al ser ejercida, es la larga lista de Santos que hicieron de ella objeto preferente de sus trabajos terrenales: San Lucas no sólo fué Evangelista, sino además médico y lo fué aún San Pablo, uno aliviando los dolores físicos y las enfermedades de los cuerpos, el otro alzando su verbo pleno de amor para que bálsamo fuera en las aflicciones del alma; y médico también fueron San Eusebio, Papa, hijo de médico, y San Basilio en quien reconoce la Historia al creador de los nosocomios y los Santos Cosme y Damián, enfermeros modelos, sin dejar en olvido a San Roque, predestinado como San Esteban y San Francisco Javier a luchar contra las pestes, varones venerados que fueron y aún son, de toda la cristiandad".

¿Puede admirar que por tal tradición, inmutable por ser tradición, es decir fuerza psico-vital que renuevan las generaciones, el médico moderno pese a sus técnicas asombrosas y su ciencia soberbia frente al inconmensurable y enigmático mundo actual con sus dramas monstruosos, reconozca humilde, que su poder con ser lo que es ahora, apenas si puede algo sobre la VIDA, que está más allá de su dominio?

Por esto los millares de médicos que han acompañado piadosamente con ejemplar devoción las cruentas cruzadas destructoras de la humanidad,

## INFORMACIONES SOCIALES

para poner su amor por la vida al servicio de las víctimas de las guerras, cuenten por doquiera desde las más destacadas tribunas de las Casas de Medicina y en los grandes concilios laicos multiplicados asimismo con los Congresos y Conferencias de índole médica, y proclaman unánimes que urge que el hombre retorne a la obediencia de esa voluntad de Dios, la Paz que reveló Erasmo con lumbrarada genial.

Con sus humildes mandiles teñidos por la sangre y marcados con los despojos humanos de los heridos y mutilados y atomizados, estos médicos, como si vistieran los sayales de la Fé cristiana, libran a estas horas una magnífica campaña apostólica, se diría, para que retorne el mundo al disfrute de la salud y de la libertad, asentado en la pacífica convivencia de los pueblos.

Se diría que han reinscrito la verdad perdurable que legó Ambrosio Paré, el inmortal cirujano de los ejércitos franceses allá por el siglo XVI, en los cánones de la moderna práctica del ministerio profesional médico: "Y tengo aquí, dijo el grande asclepiade mencionado, ocasión para alabar a Dios, a quien le ha dado la voluntad de llevarme a estas operaciones medicinales que vulgarmente llamamos Cirugía, la que no se sabría comprar ni con el oro, ni con la plata, sino tan sólo por la virtud y la larga experiencia. Y que sin embargo es estable en todo país a causa de que las leyes de la Sacra Medicina no están sujetas a los Reyes y a otros señores, ni a la prescripción del tiempo, como que arrancan su origen de Dios al cual suplico que le plazca rociar esta mi empresa a fin de que sea glorificada por siempre". ("L'Homme et la Medicine" Paul Tournier, Ginebra).

Y esto es así por que en los siglos, doctrina eterna, ha sido la que trazada quedó en siete preceptos —plan de asistencia universal y cruzada de bienestar público y de amor— a los que la Medicina ha servido siempre como ella sirve al destino venturoso de las criaturas humanas. Bien está recordar esta doctrina sagrada, por mucho que tantos la tengan olvidada o por cosa venida a menos. He aquí los preceptos que el Evangelista recogió para que fuera honda creencia propicia a la fraternidad entre los hombres: "DAR de comer al hambriento. DAR de beber al sediento. DAR vestidura al desnudo. DAR posada al peregrino. DAR asistencia al enfermo. DAR rescate al cautivo. DAR sepultura a los muertos". Los más ambiciosos programas proclamados después, no han tenido mayores horizontes que estos señalados por Cristo. Por sostén le dió a esta doctrina de las obras de misericordia, el Apóstol San Pablo, la CARIDAD, suprema virtud, escala que lleva hasta lo Alto a cuanto en el barro se inflama por esta viva llama de amor.

El asombroso desarrollo técnico de la Medicina moderna, con sus admirables conquistas sobre las enfermedades y en favor de la salud humana, pese a los nuevos misterios que este desarrollo ha revelado y que ahora se ofrecen como horizontes para nuevas búsquedas en el campo de la salud mental y de la lucha contra las dolencias que no han revelado su génesis o que acompañan a las edades avanzadas del individuo, de un lado; del otro, el progreso o mejor quizá las novedosas concepciones sociales que influyen en la vida colectiva de los grupos hu-

## INFORMACIONES SOCIALES

manos, bajo los ISMOS fervorosos que les dan himnos de marcha, han impuesto profundos cambios en el ejercicio de la profesión médica. Sin embargo, pese a cierta deshumanización que tales cambios han aparejado, la Medicina no ha perdido sus esencias religiosas.

Quiéranlo o no, los ateos que se deifican a sí mismos y los soberbios de técnica, sin un Señor en las alturas inaccesibles a las pasiones y apetitos de los hombres, la Medicina pierde sus sagradas calidades. La Ética profesional no es una fantasía sino una realidad. Para sentirla emanar su íntimo perfume sacro, basta con preguntarse: ¿Por qué nacemos y por qué morimos? Los mecanismos del nacimiento y de la muerte los conocemos, la partida y llegada de cada criatura, pero la llama vital que así se corporiza, arde y se consume, se escapa a nuestro conocimiento. De ahí que el médico necesite de la Religión y de la Filosofía. Cuando se dan cita en su conciencia se hace igual a los dioses. De Hipócrates la observación. "La Ciencia hincha, la Caridad edifica" El versículo lo corea la edad cuando la experiencia la alecciona y las canas le ponen corona de serenidad.

Estos orígenes de la Medicina, tocados se diría por la gracia divina, imperan pese a los románticos negativismos de nuestro tiempo en plena adoración de los bienes que Marx hizo norte del rumbo humano. Más frente al cambio operado imposible no marchar con el pie en la tierra, por mucho que los ojos contemplan las bellezas estelares. Demasiado ha sufrido la Humanidad para no mirar, como está mirando a la tierra donde reside y donde debe encontrar su ración cotidiana de sustento y de contento.

Por eso muchos pensadores hablan de la nueva época para que cada quien la vea y halle el sendero de su propio feliz destino. Con profundo conocimiento de la evolución histórica de la Medicina y de la profesión que hace de ella motivo del cotidiano quehacer, Henri E. Sigerist apunta esta verdad sociológica: "Característica de nuestra época es la creencia afirmada más y más cada día que la Sociedad tiene responsabilidad sobre el bienestar individual de sus miembros integrantes. La fuerza de motivación que comenzó con la Caridad y que aún prevalece en cierta extensión, se tornó Humanitarismo en el siglo XVIII y en sólido UTILITARISMO en el siglo XIX. Sea la que fue la fuerza de impulsión, el postulado de que la Sociedad tiene responsabilidades por los individuos que la componen es criterio de toda comunidad civilizada. La impulsión ha creado la solidaridad social a la que ninguna Sociedad industrial escapa, ni puede escapar". La marcha en el tiempo de esta idea, línea de fuerza política, explica los cambios sobrevenidos en la actividad de la profesión.

En un libro en período de ordenamiento sobre la marcha profesional desde la Caridad hasta el Bienestar Social, brindaré un detallado estudio, como me fué dado realizarlo en el tiempo, de cuanto aquí es sólo apunte. Ahora tan sólo un índice de esta transformación del ejercicio práctico de la Medicina. El siglo XVIII marcó un nuevo camino a la Profesión médica cuando se insurgió contra el legado del Medioevo, apagó las luces de los altares de la Fé y puso o ambicionó poner en ellos al HOMBRE, como centro de la atención del saber. Para ilumi-

## INFORMACIONES SOCIALES

nar su ruta encendió las luces de la Ilustración. Bajo tal guía, cerró el siglo de transformación con la Revolución que hizo de la guillotina instrumento de poder, y de la sangre tinta de nobleza, no sin proclamar, ufantemente, la "Igualdad, la Libertad y la Fraternidad", bandera de sus delirios.

A la sombra de los dolores y quebrantos de esa época, el arco iris de paz que puso en las alturas fué la Asistencia Pública, bajo la acción comunitaria de las Sociedades de Beneficencia. La famosa Rapport de La Rochefoucault-Liancourt prometía ayuda a todos desde la cuna hasta el sepulcro. Fué el nuevo régimen que condenó a la caridad y elevó el desamparo y la enfermedad a instrumentos suficientes para que cuantos padecían sus vulneraciones y daños invocaran un DERECHO a la ASISTENCIA. Este régimen fué copiado por doquiera y particularmente por el Mundo Hispano-americano que alumbró bajo las luces de la Ilustración y entre las hogueras de la Revolución y del Imperio que le sucedió en los comienzos del XIX.

Bajo el régimen de la Beneficencia Pública la asistencia médica, actividad profesional por excelencia de los médicos, se hizo derecho del ciudadano y la ley lo rodeó de ciertas garantías. La revolución industrial del siglo, el progreso de las técnicas que permitieron mayor utilización de las fuerzas de la Naturaleza por el hombre, la afirmación de un nuevo sistema social, con el prodigioso crecimiento de las Urbes, origen de la "Neo-Civilización de ciudades" que vivimos y con el complejo de tensiones que esta civilización ha creado en medio del "trabajarás" convertido de maldición bíblica en motor socio-político por excelencia, conjuntamente con el formidable desarrollo de la sanidad pública después de Pasteur y de Koch ha traído la nueva hora política que se clasificó de sanitaria.

Con la Política Sanitaria, que ha colmado el siglo XIX, se libró a buena parte del mundo de las terribles pestilencias de otrora, se elevaron hospitales numerosos, se saneó el espacio habitado urbano y aún rural, los médicos prestaron concurso pleno a esta cruzada, sin por ello abandonar sus cánones de libertad profesional. Saneamiento, Profilaxia y Asistencia fueron los tres pilares sobre los que asentó esta política y por doquiera en los Estados modernos, después de concluida la primera grande guerra de este siglo, surgieron como órganos encargados de dirigirla, impulsarla y realizarla los Ministerios de Sanidad Pública, con denominaciones diversas.

Todas las Constituciones de la época consagraron el "Derecho a la Salud" como resultado de esta intervención oficial del Estado en la dirección de la Política Sanitaria. Y un cuerpo más o menos numeroso de funcionarios recibió el encargo de desempeñar las funciones propias de este nuevo órgano estatal.

El gigantesco desarrollo de las técnicas médicas para cumplir la doble actividad esencial del médico: diagnosticar y curar, es decir para diálogo y la descisión durante el pasado siglo y el presente ha traído por consecuencia el aumento, en verdad fantástico en la práctica cabal de la Medicina, de su alto costo. A fines del XIX, aparecen los seguros de salud de los obreros de la industria, día a día más numerosas por el cambio de la actividad productora de las grandes naciones. Bismarck con

## INFORMACIONES SOCIALES

su ambicioso y oportuno régimen de seguros obligatorios para trabajadores, dió el primer ejemplo para que se afirmara este régimen en el mundo contemporáneo. La decisión médica se hizo inmensamente más cara que el diálogo previo, sin embargo básico y sin el cual la práctica de la Medicina es rutina. Esto impuso mayores cargas al Estado, y el economismo impregnado del seudoevanglio de Marx, señaló ruta para hallar los necesarios recursos económicos.

Las guerras de nuestro tiempo, cubriendo el haz del planeta con sus matanzas, incendios, y ruinas de toda suerte, impusieron nuevas formas de respuesta a la demanda de protectorado social. Esa respuesta la ha dado la SEGURIDAD SOCIAL. De ella hablaremos en la segunda parte de este trabajo inspirado en superiores considerandos de progreso nacional.

# Encuesta Tisiológica y Demográfico-Sanitaria en Quillabamba

Por ALFONSO BOURONCLE CARREON

Doctor en Medicina, Médico-Jefe del Departamento de Epidemiología de la División de Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Perú

La ciudad de Quillabamba, capital de la provincia de La Convención, en el Departamento del Cuzco, es el centro comercial de la zona y punto de partida para la penetración a la región selvática, que en la actualidad se encuentra despoblada y poco conocida.

El valle del Urubamba sirve como eje en el desenvolvimiento económico, confluyendo a él una serie de pequeños valles explotados tan sólo en parte, teniendo una enorme riqueza potencial, región de clima subtropical y tropical, con producción agrícola diversa en relación a su clima, centro de atracción turística por sus monumentos arqueológicos y riqueza minera no bien conocida en su magnitud, variedad y ubicación —En el valle de Vilcabamba ha sido encontrado mineral de uranio—.

Este valle necesita, para tener un mejor desenvolvimiento y mayor aprovechamiento de su riqueza, de una línea de comunicación que sin mayores dificultades le permita la explotación de sus productos y la importación de los elementos necesarios para su desarrollo. En la actualidad, la única vía de comunicación es el ferrocarril de Cuzco a Huadquina, ferrocarril que por sus características, es insuficiente para satisfacer las necesidades de la zona.

En la ciudad de Quillabamba, único centro poblado de importancia en esta zona fué donde se realizaron las encuestas: una, epidemiológica sobre T. B. C. y otra, demográfico-sanitaria, para conocer la población existente.

**Encuesta epidemiológica.**— Para esta investigación, efectuamos un estudio tuberculino-radiológico. La prueba tuberculínica fue efectuada mediante la técnica de Steward Trambusti y para el examen radiológico se efectuó la investigación con un examen exclusivamente radioscópico.

## INFORMACIONES SOCIALES

Los resultados obtenidos son los siguientes:

El examen tuberculínico fue efectuado en escolares; 421 pruebas.

Escolares	Positivos	%	Negativos	%
421	267	63.4	154	36.6

El examen radioscópico se practicó en diferentes grupos.

Examinados		Probables TBC		Procesos residuales	
H.	M.	H.	M.	H.	M.
469	253	35	20	27	15
TOTAL 722		55		42	

Excluyendo los exámenes de enfermos hospitalizados, 91 exámenes, con 17 sospechosos, por ser material seleccionado, para la población general tendríamos:

631 exámenes

38 enfermos

6.2% de probable índice de morbilidad

Decimos probable índice, ya que faltaría la confirmación diagnóstica mediante el laboratorio, radiografías y examen clínico, que en el mejor de los casos, supongo que podría reducir este índice apreciativo en 1 a 2%, lo cual nos daría, 5.2 a 4.2%, índice que de todas maneras es extremadamente elevado, en relación a lo que se observa en otras ciudades del país, pues debemos recordar, que en estudios efectuados, se ha calculado para las ciudades del país, 2.4% de índice de morbilidad; como se podrá apreciar la morbilidad de Quillabamba es mayor de lo que en un primer momento podría sospecharse, y concuerda con las observaciones clínicas hechas por los médicos de la zona y corroboradas por los cuadros estadísticos elaborados por el Dr. Gustavo Roca T. del movimiento hospitalario de los años 1942 á 1951.

Sobre la base de estos cuadros, hemos preparado el siguiente:

### TOTAL DE DEFUNCIONES OCURRIDAS EN EL HOSPITAL DE QUILLABAMBA Y DEFUNCIONES POR T.B.C.

1942 - 1951

Años	Total de defunciones	Fallecidos por TBC.	%
1942	153	48	31.3
1943	144	47	32.6
1944	158	44	27.8
1945	179	71	39.6
1946	154	64	41.5
1947	170	77	45.2
1948	189	95	50.2
1949	116	48	41.3
1950	131	41	31.2
1951	143	70	48.8

**INFORMACIONES SOCIALES**

Como se puede apreciar por el siguiente cuadro, la mortalidad por tuberculosis en el Hospital de Quillabamba en relación con la mortalidad general, es muy elevada.

Esto igualmente lo observamos en los años 1953 y 1954 por los datos obtenidos en la Oficina del Registro Civil.

Años	Total defunciones	Defunciones TBC.	%
1953	153	88	57.5
1954	139	64	46.0

Esta mortalidad corresponde exclusivamente a la ocurrida en el hospital ya que las defunciones ocurridas en la ciudad, y que son la mayoría generalmente, carecen de diagnóstico médico. Las cifras para el año 1954 sólo corresponden a los 11 primeros meses.

**Encuesta Demográfico-Sanitaria.**— Fue realizada en la ciudad de Quillabamba, el 12 de diciembre de 1954. El material empleado en la pesquisa, tuvo como modelo la ficha de la encuesta demográfico-sanitaria realizada en la ciudad de Huacho en 1952; en esta ficha se efectuó ligeras modificaciones determinadas por las características del medio.

El personal que colaboró fue proporcionado por el Ing. Francisco Díaz, Jefe del Programa de Saneamiento de la Zona, el cual prestó a los dos cabezas de grupo de su programa, gente responsable, con la gran ventaja de ser bilingües —Castellano y Quechua— y que, si bien no tenían experiencia en este tipo de trabajo, con un pequeño entrenamiento y explicaciones previas, se desenvolvería magníficamente, correspondiendo a ellos el mayor éxito de la encuesta.

El trabajo se realizó en 10 días, habiéndose seguido un plan que permitió visitar el íntegro de las viviendas de la ciudad, sirviendo de pauta el plano de la ciudad confeccionado por el Ing. Díaz; no creemos que existan mayores errores debido a que la encuesta duró 10 días, pues el movimiento migratorio de la zona, es bastante reducido.

El censo nacional de población de 1940 encontró para la ciudad de Quillabamba, 1,531 habitantes—no conocemos la distribución por sexo y etárea.

Los resultados obtenidos en la encuesta demográfico-sanitaria, que si bien adolecen de algunas omisiones, como son los cálculos de las tasas de natalidad, morbilidad, nupcialidad, etc., nos permite apreciar en su magnitud el fenómeno demográfico que se desarrolla, pero procuraremos analizarlo de acuerdo a los datos encontrados.

Las fichas han sido codificadas y tabuladas, en su totalidad por el Dpto. de Epidemiología de la División de Tuberculosis, lo cual ha determinado una labor recargada y morosa, ya que no hemos tenido el concurso de máquinas para la realización del trabajo.

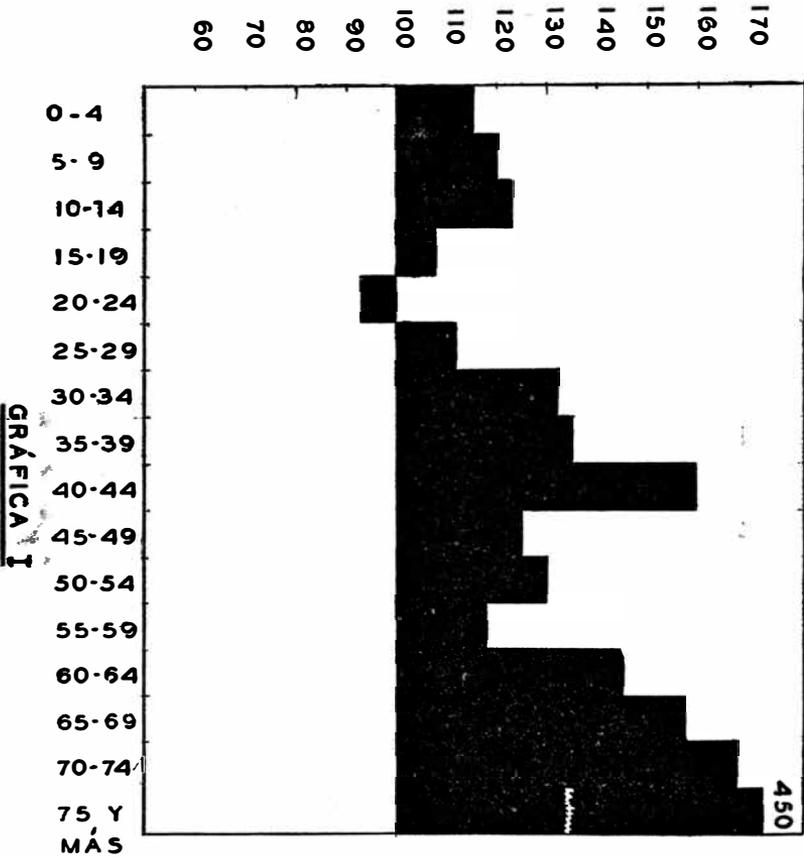
**Resultados obtenidos.**—En la distribución de la población por grupos de edad y sexo, —cuadro N° 1— se aprecia la relación de sexo encontrado, —número de hombres para cada 100 mujeres— en el íntegro es

INFORMACIONES SOCIALES

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

NÚMERO DE HOMBRES POR CADA 100 MUJERES —

QUILLABAMBA 1954



GRÁFICA I

## INFORMACIONES SOCIALES

de 118.7 varones para 100 mujeres y esta razón en cuanto a la distribución etárea, se observa en la gráfica N° 1. Llama la atención el gran predominio de varones, predominio que se acentúa en los grupos de mayor edad. ¿Cuáles serían las causas que contribuyen a esta desigualdad? ¿Mayor natalidad de varones? ¿Inmigración de predominio masculino? Creemos que ambos elementos están en juego ya que se aprecia una mayor natalidad de varones, algo más acentuada a lo observable en el resto del país; pero en sí mismo no explicaría el fenómeno, ya que simultáneamente tendríamos que aceptar una mayor mortalidad femenina, factor no conocido, pero existen elementos que nos induzcan en tal sentido ya que la disposición a enfermar es igual en ambos sexos.

El segundo factor enjuiciado, parece que sea de mayor importancia ya que el 44.2% de la población es foráneo de la provincia, pobladores venidos sobre todo de las provincias vecinas acuden en busca de trabajo, dejando a sus familiares en los lugares de origen (la migración es de predominio masculino, Cuadro N° 8) lo que estaría corroborado por el grupo de 20 a 24 años, único grupo de promedio femenino, la razón sería que los varones en lugar de afluir en busca de trabajo son capturados por el servicio militar, lo cual determina una restricción en la migración en este grupo de edad y el éxodo de los lugareños.

El tipo de población es progresiva, Gráfica 2, o sea gran predominio de población joven, lo cual determina el rápido crecimiento de la población. En 14 años, 1940 a 1954, ha aumentado en 1,423 unidades o sea un 92.9%. Esta tendencia a incrementarse la población la observamos en la Gráfica 3, en que se ha dividido a la población por distribución etárea y en forma acumulativa expresada en cuartiles.

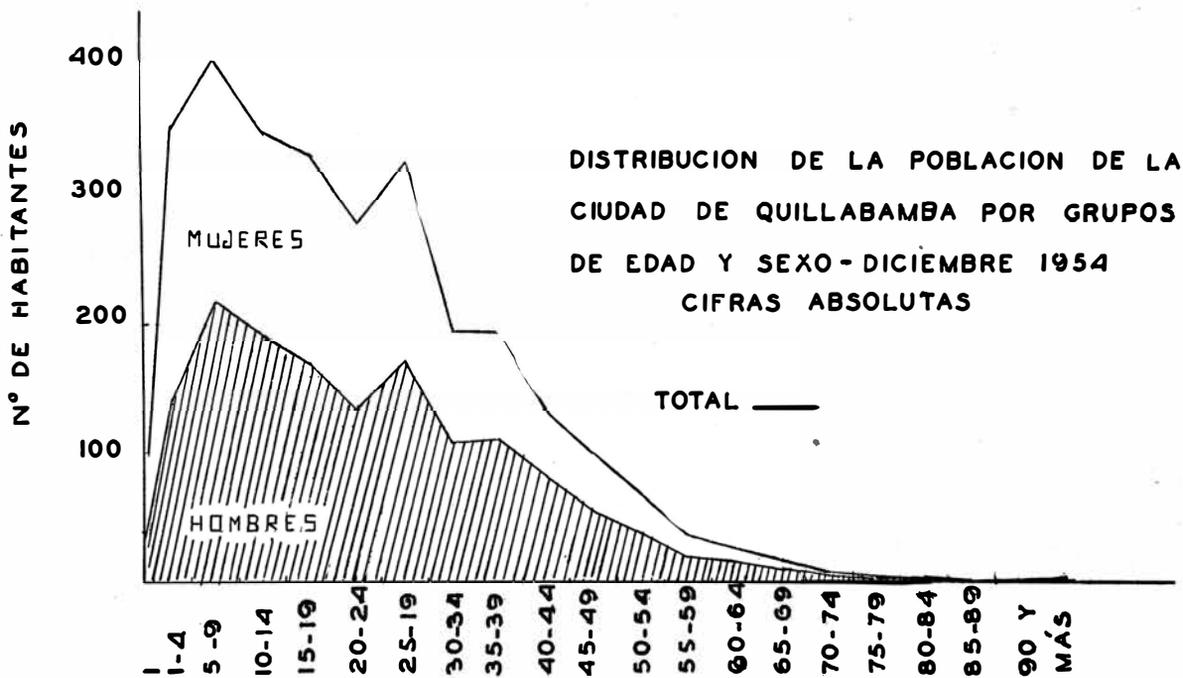
En el cuadro N° 2, observamos la distribución de la población en relación con el jefe de familia, existiendo 453 núcleos familiares, correspondiendo el 86.5% a la dirección masculina.

En la distribución de la población por estado civil, edad y sexo, —Cuadro N° 3 y Gráfica N° 4—, encontramos que el mayor porcentaje lo constituyen los solteros. Si elimináramos a las menores de 14 años incluídas en este grupo, ellos siempre serían grupos predominantes.

Lo interesante es la desigual distribución de varones sobre las mujeres susceptibles de matrimonio y la pequeña cantidad de solteras por encima de 45 años; otro elemento digno de remarcarse es la gran cantidad de convivientes; este problema es resultante de la cultura y costumbres arraigadas en el habitante mestizo e indígena, quienes consideran legal su unión por ley consuetudinaria, ignorando o sin aceptar las disposiciones estatales. Llama la atención el predominio femenino en este tipo de unión. ¿Es la resultante de la mayor cantidad de población masculina? ¿Adulterio, poligamia? creemos que este grupo debe ser estudiado más exhaustivamente por etnólogos y sociólogos, en correlación con las características de este fenómeno en las diferentes regiones del país.

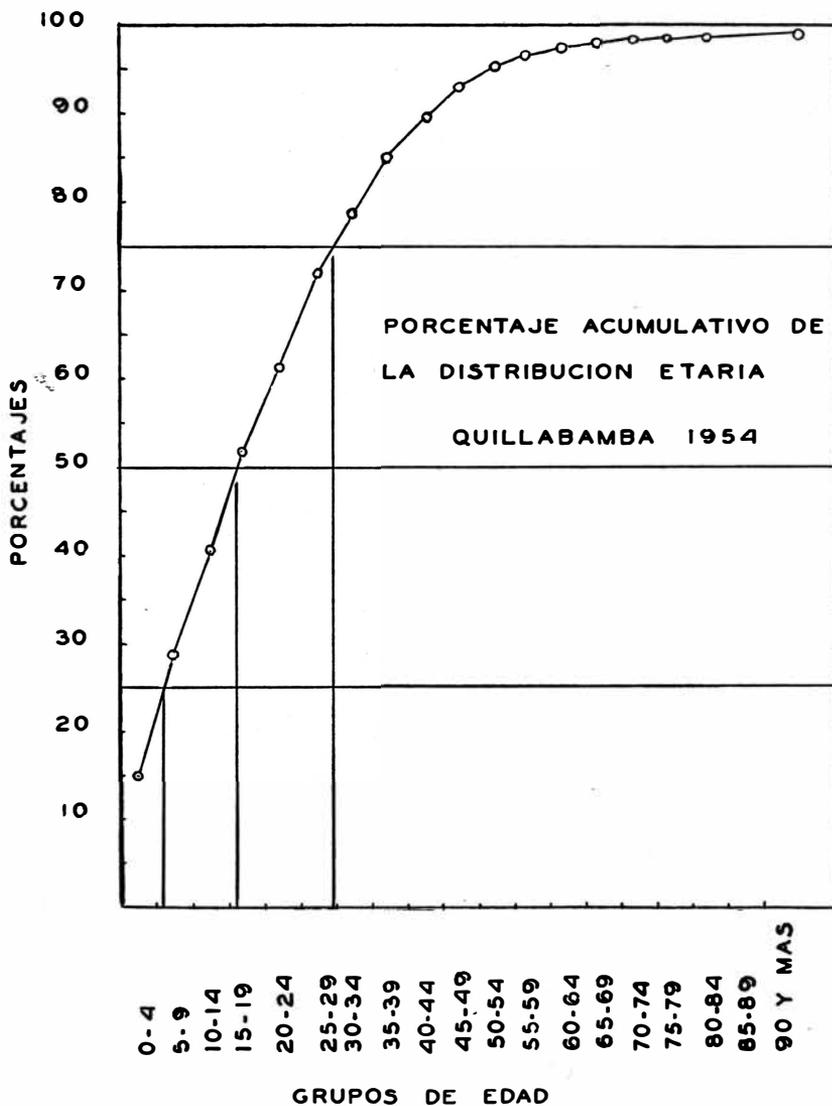
El divorcio prácticamente no existe en esta comunidad, sea por que la población no requiera de él, sea por que la separación se efectúa sin intervención legal; de todas maneras, es interesante para ser estudiado en conexión con el tema anterior.

**GRÁFICO 2**



INFORMACIONES SOCIALES

**GRAFICA 3**



## INFORMACIONES SOCIALES

Con relación al grado de instrucción, —Cuadro N° 4 y Gráfica N° 5— observamos que el 29.5% de la población, descontándose a los pre-escolares, es analfabeta, más acentuada en las mujeres 35.6%, siendo en los varones 24.4% igualmente se acentúa en relación a la mayor edad. (El porcentaje de analfabetos en la población general es 22.2%).

El mayor núcleo alfabeto, lo constituye la población con instrucción primaria, 44.2%, disminuyendo fuertemente el grupo con instrucción secundaria, 7.6%, y constituyendo escaso porcentaje los poseedores de instrucción superior, 1.2%.

El total de la población alfabeto es de 53.0% y los pre-escolares constituyen el 24.8%.

En lo que se refiere a la ocupación, la población ha sido agrupada en: Económicamente activa, económicamente inactiva e ignorada. El tercer grupo corresponde exclusivamente a las personas en las que no se pudo determinar su actividad.

	Población Activa		Población Inactiva		Ignorado	
	C. Absolutas	%	C. Absolutas	%	C. Absolutas	%
Hombres . . . .	669	22.6	688	23.3	246	8.3
Mujeres . . . .	262	8.9	1001	33.9	88	3.0
Total . . . . .	931	31.5	1689	57.2	334	11.3

El 31.5% de la población sostiene con su actividad el resto, siendo el 57.2% elemento pasivo (el 39.6 es potencialmente activo, menores y escolares).

En el grupo económicamente inactivo, hemos considerado a los menores, amas de casa, desocupados, miembros de institutos armados y religiosos.

La mayor ocupación de la población corresponde a comerciantes, en segundo término a los empleados, lo cual nos demuestra el tipo de actividad de la población, que sirve de centro de comercio a toda la región, pero sin manufacturar los productos que fueron mercados.

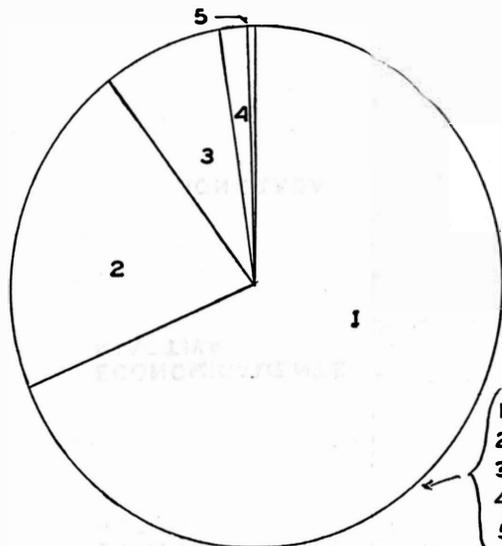
En el cuadro N° 6 se observa la distribución de los defectos físicos; sobresalen dos elementos: 1° que la casi totalidad de personas afectas corresponden al sexo masculino, y 2° que todos están por encima de los 10 años de vida; estos defectos ¿podemos considerarlos como riesgos resultantes del trabajo?

El cuadro N° 7, en relación a enfermedades crónicas, debemos de tomarlo con cierta reserva, ya que muchos enfermos no fueron declarados, por ignorancia, temor o vergüenza, pero hay 2 afecciones que se encuentran bien expresadas, paludismo y pinta.

La primera, habría que dilucidar si se trata de personas que estaban padeciendo las formas crónicas de la enfermedad en el momento de la encuesta, o si son personas que en el pasado la han padecido, indicándonos que ha existido gran endemidad en la afección, y que es controlada por la sistemática campaña de detetización existente en la zona desde hace algunos años y la misma que ha permitido la reiniciación de

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR ESTADO

CIVIL - QUILLABAMBA 1954

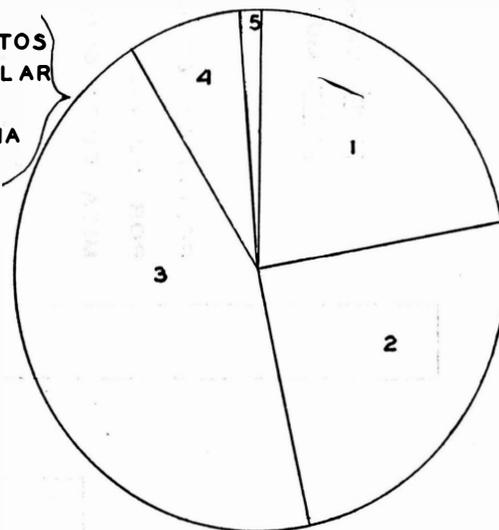


GRAFICA 4

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GRADO

DE INSTRUCCION - QUILLABAMBA 1954

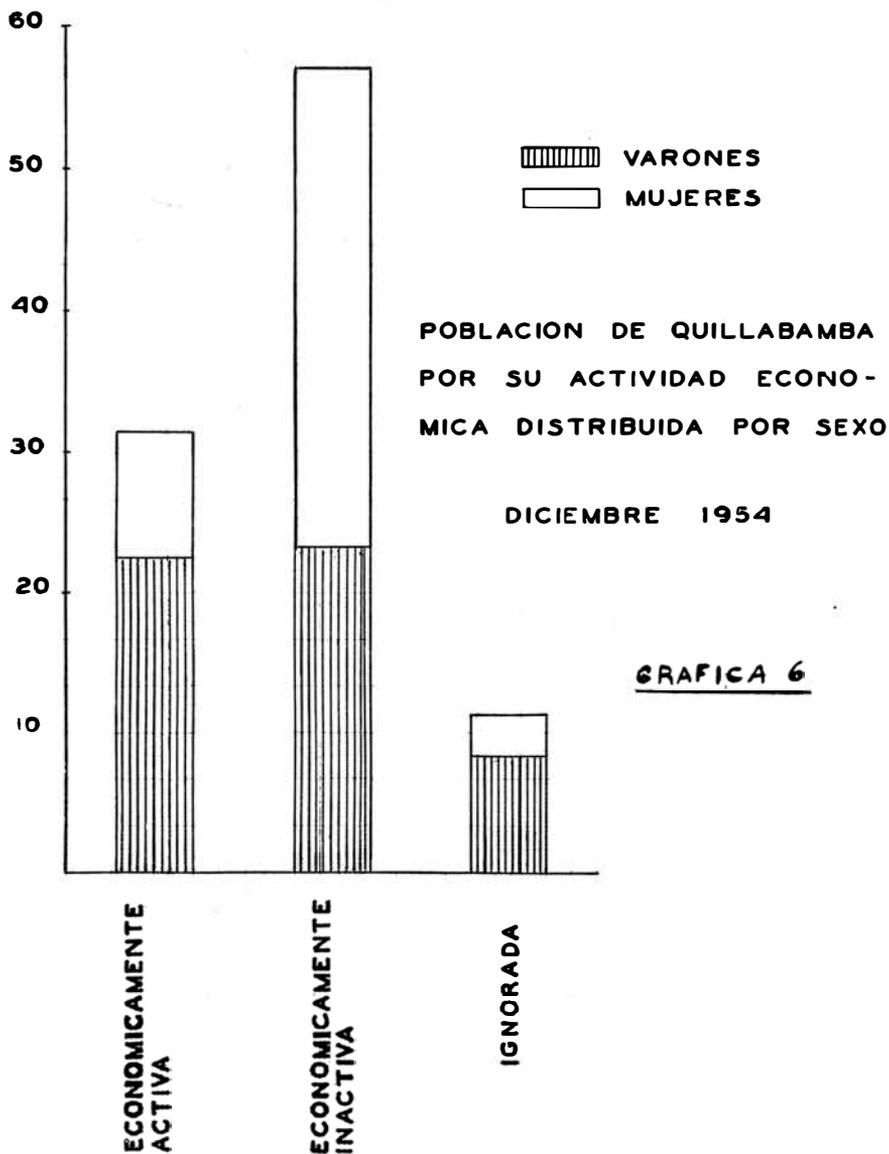
- 1-ANALFABETOS
- 2- PRE-ESCOLAR
- 3- PRIMARIA
- 4- SECUNDARIA
- 5-SUPERIOR



GRAFICA 5

- 1- SOLTEROS
- 2- CASADOS
- 3- CONVIVIENTES
- 4- VIUDOS
- 5- DIVORCIADOS

### INFORMACIONES SOCIALES



## INFORMACIONES SOCIALES

la explotación agrícola de la zona, que fuera devastada por la epidemia de 1932.

La pinta existe en menor proporción, sin poder precisarse la extensión de la endemia.

Por los informes de los médicos de la localidad, el parasitismo intestinal es afección generalizada, pero por el desconocimiento o poca importancia que la población da a estas afecciones, es que no informaron durante la encuesta; la magnitud del problema nos es desconocida.

El cuadro N° 8 nos muestra de qué zonas proviene la corriente migratoria que confluye a Quillabamba; esta inmigración se realiza principalmente de las provincias circunvecinas, tanto del Dpto. de Cuzco como del de Apurímac, la mayor afluencia proviene de las provincias de Cuzco y Urubamba, en menor proporción de Abancay, Anta, Acomayo, Calca y Canchis, contribuyendo otras provincias en forma reducida o mínima. Como exponemos al comienzo, la inmigración es más acentuada entre los varones, una consecuencia de la demanda constante de brazos.

En el cuadro N° 9 vemos que la inmigración se realiza de más o menos 100 unidades por año con tendencia progresiva la que sumada al aumento vegetativo, determina el rápido crecimiento de la población.

En los cuadros Nos. 10 y 11 se puede apreciar el problema del hacinamiento existente; en el primero, en que se distribuye el número de habitantes por el número de habitaciones, tenemos que la mayor parte de la población tan sólo vive en una sola pieza, en menor proporción en dos, siendo mínimo el número de familias que disponen de mayor número de habitaciones, de acuerdo al número de miembros. Este problema del hacinamiento se agrava, cuando se correlaciona con el cuadro siguiente, en que se ha distribuido a la población por el número de habitantes, en relación a las camas existentes, y se observa que éstas, en la mayor parte de los casos, son totalmente insuficientes en relación a las necesarias, desencadenando la formación de una serie de problemas de orden sanitario, psicológico, ético y sexual que permanecerán insolubles mientras no se afronten y solucionen los factores básicos, mediante dos elementos: 1° Elevación de los niveles de vida por el incremento del poder adquisitivo de la población y 2° Programa educacional amplio, tanto en el aspecto sanitario como en el general.

El tipo de vivienda, Cuadro N° 12, constituido casi exclusivamente por departamentos independientes, chozas y toldos, en relación a los primeros, son en realidad fracciones de una misma casa, que ha sido dividida por el propietario, para obtener el mayor número de inquilinos en favor de su renta, pero, sin establecer efectiva independencia de una vivienda a otra. Esto contribuye a agravar el problema expresado en el acápite anterior, luego tenemos que, junto al hacinamiento familiar, es preciso agregar el colectivo, que se corrobora con lo que nos indican los cuadros Nos. 13 y 14.

El tipo de construcción, cuadros 15, 16, 17 y 18, es bastante deficiente: construcciones de adobe, alta proporción de pisos de tierra, paredes enlucidas casi exclusivamente con barro, la pintura en la mayoría es una simple mano de cal; a esto se suma el que la población carece

## INFORMACIONES SOCIALES

de pavimentación y las aceras no están muy generalizadas.

El abastecimiento de agua (cuadro N° 19) si bién se realiza por tuberías, tiene que ser recogida en las esquinas, ya que casi no existe conexiones domiciliarias (labor edilicia y de educación sanitaria). Igualmente convendría examinar las fuentes de captación y si el agua reúne las condiciones mínimas de potabilidad.

En cuanto a la deposición de excretas (Cuadro N° 20) no existe red general de desagüe, vertiéndose en su mayor proporción a la vía pública, con el consiguiente peligro.

Como se puede apreciar, la ciudad de Quillabamba, que se encuentra en pleno crecimiento, requiere que en forma inmediata se efectúe un programa para la solución de sus problemas inmediatos: Saneamiento ambiental, educación sanitaria y elevación de los niveles de vida, son los puntos sobre los cuales hay que incidir, en forma preferencial, no sólo en esta ciudad sino en la casi totalidad de las comunas del país.

---

**INFORMACIONES SOCIALES**
**CUADRO N° 1**
**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE LA CIUDAD DE QUILLABAMBA  
POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO**

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
Menos de un año	46	52	98
De 1 a 4 años	192	154	346
De 5 a 9	219	182	401
De 10 a 14	192	156	348
De 15 a 19	171	159	330
De 20 a 24	134	144	278
De 25 a 29	172	153	325
De 30 a 34	111	84	195
De 35 a 39	112	83	195
De 40 a 44	81	51	132
De 45 a 49	55	44	99
De 50 a 54	39	30	69
De 55 a 59	20	17	37
De 60 a 64	16	11	27
De 65 a 69	11	7	18
De 70 a 74	5	3	8
De 75 a 79	4	1	5
De 80 a 84	3	1	4
De 85 a 89	—	—	—
De 90 y más	2	—	2
Ignorado	18	19	37
<b>Total:</b>	<b>1603</b>	<b>1351</b>	<b>2954</b>

**CUADRO N° 2**
**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE LA CIUDAD DE QUILLABAMBA  
DEPENDENCIA CON EL JEFE DE FAMILIA Y SEXO**

	Hombres	Mujeres	Total
Jefe . . . . .	392	61	453
Hijos . . . . .	430	468	898
Esposo o esposa . . . . .	—	229	229
Conviviente . . . . .	—	104	104
Hermanos . . . . .	86	21	107
Huéspedes . . . . .	20	—	20
Otros que no tengan relación			
familiar . . . . .	183	170	353
Parientes . . . . .	87	83	170
Ignorado . . . . .	405	215	620
<b>Total: . . . . .</b>	<b>1603</b>	<b>1351</b>	<b>2954</b>

CUADRO N° 3

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE LA CIUDAD DE QUILLABAMBA  
POR GRUPOS DE EDAD, SEXO Y ESTADO CIVIL**

Grupo de Edad	Solteros		Casados		Viudos		Divorciados		Convivientes		Total	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
Menos de 1 año	46	52	—	—	—	—	—	—	—	—	46	52
1 — 4	192	154	—	—	—	—	—	—	—	—	192	154
5 — 9	219	182	—	—	—	—	—	—	—	—	219	182
10 — 14	192	156	—	—	—	—	—	—	—	—	192	156
15 — 19	161	116	9	26	—	—	—	—	1	17	171	159
20 — 24	106	66	20	49	—	—	—	—	8	29	134	144
25 — 29	98	32	44	76	—	2	—	—	30	43	172	153
30 — 34	53	32	42	37	—	—	1	—	15	15	111	84
35 — 39	48	11	46	52	1	5	—	—	19	15	112	83
40 — 44	25	16	47	23	3	5	—	—	6	7	81	51
45 — 49	12	1	36	31	2	5	—	—	5	7	55	44
50 — 54	10	2	24	18	2	8	—	—	3	2	39	30
55 — 59	—	—	13	8	4	5	—	—	3	4	20	17
60 — 64	2	2	8	3	5	6	—	—	1	—	16	11
65 — 69	5	1	3	3	2	3	—	—	1	—	11	7
70 — 74	1	—	1	—	3	3	—	—	—	—	5	3
75 — 79	1	—	2	—	1	—	—	—	1	—	3	1
80 — 84	—	—	1	—	1	1	—	—	1	—	3	1
85 — 89	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
90 y más	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	—
Ignorado	18	19	—	—	—	—	—	—	—	—	18	19
<b>Total</b>	<b>1189</b>	<b>842</b>	<b>297</b>	<b>326</b>	<b>25</b>	<b>43</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>93</b>	<b>140</b>	<b>1603</b>	<b>1351</b>

CUADRO N° 4

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE LA CIUDAD DE QUILLABAMBA  
POR GRUPOS DE EDAD, SEXO Y GRADO DE INSTRUCCION**

Grupo de Edad	Analfabeto		Pre-Escolar		Primaria		Secundaria		Superior		TOTAL	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
1 año	—	—	46	52	—	—	—	—	—	—	46	52
1 — 4	—	—	192	154	—	—	—	—	—	—	192	154
5 — 9	—	—	153	134	66	48	—	—	—	—	219	182
10 — 14	41	33	—	—	148	118	3	5	—	—	192	156
15 — 19	43	57	—	—	119	91	9	11	—	—	171	159
20 — 24	30	50	—	—	90	62	13	29	1	3	134	144
25 — 29	56	54	—	—	87	79	26	17	3	3	172	153
30 — 34	25	52	—	—	63	22	20	8	3	2	111	84
35 — 39	31	31	—	—	56	43	20	6	5	3	112	83
40 — 44	20	16	—	—	42	29	18	5	1	1	81	51
45 — 49	13	20	—	—	26	20	11	4	5	—	55	44
50 — 54	6	9	—	—	27	19	5	1	1	1	39	30
55 — 59	2	10	—	—	11	5	7	2	—	—	20	17
60 — 64	5	3	—	—	7	7	2	—	2	1	16	11
65 — 69	4	3	—	—	6	4	1	—	—	—	11	7
70 — 74	—	2	—	—	4	1	1	—	—	—	5	3
75 — 79	1	—	—	—	3	—	—	—	—	1	4	1
80 — 84	1	1	—	—	1	—	1	—	—	—	3	1
85 — 89	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
90 y más	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—
Ignorado	18	19	—	—	—	—	—	—	—	—	18	19
<b>Total:</b>	<b>296</b>	<b>360</b>	<b>391</b>	<b>340</b>	<b>758</b>	<b>548</b>	<b>137</b>	<b>88</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>1,603</b>	<b>1,351</b>

CUADRO N° 5  
OCUPACION Y SEXO

Ocupación	Hombres	Mujeres	Total
Ignorado . . . . .	246	88	334
Menores de 7 años . . . . .	286	289	575
Escolares . . . . .	346	248	594
Su casa . . . . .	5	446	451
Agricultores . . . . .	28	6	34
Peón de campo . . . . .	17	1	18
Empleados . . . . .	144	27	171
Comerciantes . . . . .	214	49	263
Sirvientes . . . . .	52	129	181
Artesanos . . . . .	57		57
Descupados . . . . .	31		31
Miñeros . . . . .	1		1
Zapateros . . . . .	15		15
Vendedores . . . . .	6	10	16
Obreros . . . . .	25	17	42
Panaderos . . . . .	20	1	21
Albañiles . . . . .	32		32
Cocineros . . . . .	3		3
Enfermeras obstetricas . . . . .		3	3
Lavanderas . . . . .		2	2
Choferes . . . . .	15		15
Religiosos . . . . .	5	18	23
Institutos Armados . . . . .	15		15
Modistas Sastres . . . . .	25	13	38
Profesoras . . . . .	3	3	6
Profesionales liberales . . . . .	12	1	13
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>1,603</b>	<b>1,351</b>	<b>2,954</b>

CUADRO N° 6

 DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE LA CIUDAD DE QUILLABAMBA  
POR GRUPOS DE EDAD, SEXO Y DEFECTO FISICO PERMANENTE

Grupo de Edad	Ciegos		Sordos		Tuertos		Cojos		Mancos		TOTAL	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
Menos de 1 año												
1 — 4												
5 — 9												
10 — 14			1		1	1					2	1
15 — 19			1	1			1				2	1
20 — 24							1				1	
25 — 29			1		2		2				5	
30 — 34			1				1		1		3	
35 — 39									1		1	
40 — 44			2								2	
45 — 49			1		1						2	
50 — 54				1			1		1		2	1
55 — 59	1						1				2	
60 — 64												
65 — 69					1						1	
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>		<b>7</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>7</b>		<b>3</b>		<b>23</b>	<b>3</b>

CUADRO N° 7

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE LA CIUDAD DE QUILLABAMBA  
POR GRUPOS DE EDAD, SEXO Y ENFERMEDADES CRONICAS**

		1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
Paludismo	H		5	9	12	9	5	13	11	8	5	7	5	3	3	
	M	3	5	10	13	10	7	14	7	5	12	5	4	1	2	1
Tuberculosis	H			1		1	1		1	2	1					
	M				2											
Pinta	H	2	1	3	4	2	8	2	3			2		2	2	
	M	1	2	5		3	8	3	2	2	1		1			1
Anemia	H	1	2			2							1			
	M		1													
Parasitosis	H		1	2												
	M	2	1				1									
Bocio	H		1	1			3	2	1							
	M			1			2	1	1				1			
<b>TOTALES:</b>		<b>9</b>	<b>19</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>27</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>26</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>2</b>

**INFORMACIONES SOCIALES**

CUADRO N° 8

**LUGAR DE NACIMIENTO Y SEXO**

<b>Provincias</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Abancay ... ..	61	53	114
Acomayo ... ..	46	20	66
Andahuaylas ... ..	18	4	22
Anta ... ..	55	42	97
Arequipa ... ..	30	11	41
Ayacucho ... ..	2	1	3
Azángaro ... ..	7	—	7
Cailloma ... ..	1	—	1
Cajamarca ... ..	—	1	1
Calca ... ..	39	18	57
Canchis ... ..	38	22	60
Caravelí ... ..	4	—	4
Carhuaz ... ..	1	—	1
Chiclayo ... ..	3	—	3
Chucuito ... ..	1	4	5
Convención ... ..	815	832	1,647
Coronel Portillo ... ..	1	1	2
Cuzco ... ..	158	105	263
Graú ... ..	26	23	49
Huancayo ... ..	4	1	5
Huánuco ... ..	1	1	2
Huaraz ... ..	1	1	2
Ica ... ..	1	1	2
Islay ... ..	4	3	7
Jauja ... ..	2	—	2
Lampa ... ..	1	—	1
La Unión ... ..	1	—	1
Lima ... ..	13	7	20
Melgar ... ..	—	1	1
Mariscal Nieto ... ..	2	1	3
Paruro ... ..	19	21	40
Pativilca ... ..	1	—	1
Paucartambo ... ..	3	4	7
Pisco ... ..	—	1	1
Puno ... ..	12	6	18
Quispicanchis ... ..	26	14	40
Sandia ... ..	1	—	1
San Román ... ..	2	—	2
Tacna ... ..	2	—	2
Tambopata ... ..	3	2	5
Trujillo ... ..	3	2	5
Ucayali ... ..	1	2	3
Urubamba ... ..	149	115	264
Yungay ... ..	2	5	7
Extranjeros ... ..	17	7	24
Ignorados ... ..	26	18	44
<b>TOTAL ... ..</b>	<b>1,603</b>	<b>1,351</b>	<b>2,954</b>

## INFORMACIONES SOCIALES

CUADRO N° 9

## LUGAR DE NACIMIENTO Y TIEMPO DE RESIDENCIA

Provincias	TIEMPO DE RESIDENCIA							Total	
	Ignorado	Menos 1 año	1 y 2	3 y 4	5 y 6	7 y más	Tránsito		
Abancay . . . . .	1	11	22	14	23	41	2	—	114
Acomayo . . . . .	1	5	11	9	8	32	—	—	66
Andahuaylas . . . . .	—	3	11	5	6	8	—	—	23
Anta . . . . .	1	10	13	27	21	24	1	—	97
Arequipa . . . . .	—	2	4	13	3	16	3	—	41
Ayacucho . . . . .	—	2	—	1	—	—	—	—	3
Azángaro . . . . .	—	1	1	1	1	3	—	—	7
Cailloma . . . . .	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Cajamarca . . . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Calca . . . . .	2	7	7	12	10	18	1	—	57
Canchis . . . . .	—	5	14	18	6	16	1	—	60
Caravelí . . . . .	—	—	—	1	1	1	—	—	4
Carhuás . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	1
Chiclayo . . . . .	—	2	1	—	—	—	—	—	3
Chucuito . . . . .	—	2	1	2	—	—	—	—	5
Convención . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	1,647	1,647
Cor. Portillo . . . . .	—	1	—	1	—	—	—	—	2
Cuzco . . . . .	4	31	39	35	22	129	3	—	263
Graú . . . . .	—	2	7	9	13	18	—	—	49
Huancayo . . . . .	—	1	—	1	—	2	1	—	5
Huánuco . . . . .	—	1	—	1	—	—	—	—	2
Huaraz . . . . .	—	—	2	—	—	—	—	—	2
Ica . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	2
Islay . . . . .	—	2	3	1	1	—	—	—	7
Jauja . . . . .	—	2	—	—	—	—	—	—	2
Lampa . . . . .	—	—	—	1	—	—	—	—	1
La Unión . . . . .	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Lima . . . . .	—	2	3	9	1	5	—	—	20
Mcal. Nieto . . . . .	—	1	—	—	1	1	—	—	3
Melgar . . . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Paruro . . . . .	1	3	6	5	4	21	—	—	40
Pativilca . . . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Paucartambo . . . . .	—	—	—	2	—	5	—	—	7
Pisco . . . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Puno . . . . .	—	—	8	1	5	4	—	—	18
Quispicanchis . . . . .	1	2	8	14	5	9	1	—	40
Sandia . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	1
San Román . . . . .	—	—	1	—	1	—	—	—	2
Tacna . . . . .	—	—	—	1	1	—	—	—	2
Tambopata . . . . .	—	1	—	2	—	2	—	—	5
Trujillo . . . . .	—	—	1	—	—	4	—	—	5
Ucayali . . . . .	—	1	—	2	—	—	—	—	3
Urubamba . . . . .	2	38	34	30	46	114	—	—	264
Yungay . . . . .	—	1	—	1	2	3	—	—	7
Extranjeros . . . . .	—	5	2	4	5	8	—	—	24
Ignorados . . . . .	9	2	8	12	7	6	—	—	44
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>22</b>	<b>148</b>	<b>202</b>	<b>236</b>	<b>193</b>	<b>493</b>	<b>13</b>	<b>1,647</b>	<b>2,954</b>

**INFORMACIONES SOCIALES**

CUADRO N° 10

**NUMERO DE HABITANTES Y NUMERO DE HABITACIONES**

Habitantes	N° de Habitaciones									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 y más
1	24	5	3	1						
2	47	13	1							
3	53	18	11	1						
4	48	16	4	7						
5	44	11	6	4	2					1
6	19	11	10	3	2		1	1		
7	25	16	1	2	3			1		
8	8	10	6	2	2	1	1			
9	9	4	4	6	2	1		1	1	1
10 y más	5	2	3	1	2	3		1	3	1
Ignorado	18									

CUADRO N° 11

**NUMERO DE HABITANTES Y NUMERO DE CAMAS**

Habitantes	N° de Camas									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 y más
1	33									
2	43	18								
3	30	31	20							
4	29	27	10	8						
5	10	22	14	10	12					
6	8	12	13	11	1	2				
7	4	18	11	9	3	—	3			
8	1	5	9	4	4	3	2	2		
9	1	4	8	6	5	1	—	1	3	
10 y más	—	—	1	3	1	1	2	3	3	7
Ignorado	18									

CUADRO N° 12

**VIVIENDA**

Tipo	
Residencia, Chalet, Rancho	16
Casa Americana	1
Dpto. Independiente	325
Callejón	3
Corralón	1
Choza, Toldo	152
Ignorado	12

**INFORMACIONES SOCIALES**

CUADRO N° 13

**TIPO DE VIVIENDA Y NUMERO DE HABITANTES**

Tipo de Vivienda	N° de Habitantes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 y más
Residencia, Chalet, Rancho		2	2	1	1	2	1			7
Casa Americana . . . . .		1								
Depto. Independiente . . . . .	28	48	49	52	42	25	29	15	18	19
Callejón . . . . .				1	1			1		
Corralón . . . . .				1						
Choza, Toldo . . . . .	15	18	25	19	21	12	16	14	8	4
Ignorado . . . . .		12								

CUADRO N° 14

**TIPO DE VIVIENDA Y NUMERO DE HABITACIONES**

Tipo de Vivienda	N° de Habitaciones									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 y más
Residencia, Chalet, Rancho	7	1	3	2	1			2		
Casa Americana . . . . .						1				
Depto. Independiente . . . . .	189	73	31	12	7	2	2	2	4	3
Callejón . . . . .	2	1								
Corralón . . . . .		1								
Choza, Toldo . . . . .	86	32	15	13	5	1				
Ignorado . . . . .		12								

CUADRO N° 15

**P A R E D E S**

Cemento Ladrillo	Adobe	Quincha	Caña	Otro Material	Ignorado
—	489	3	1	8	9

**INFORMACIONES SOCIALES**

CUADRO N° 16

**P I S O S**

Tierra	Madera	Cemento	Ladrillo, Locetas	Diversos- Otros	Ignorado
168	80	75	84	94	9

CUADRO N° 17

**T E C H O S**

Madera	Cemento Concreto	Calamina Tejas	Otro Material	Ignorado
3	2	456	34	15

CUADRO N° 18

**ACABADO DE PAREDES INTERIORES**

Enlucidas sin pintar	Enlucidas pintadas	Sin enlucir	Ignorado
269	121	100	20

CUADRO N° 19

**NUMERO DE HABITANTES Y FUENTE DE AGUA**

Del Servicio Público ... ..	2,431
Rfo, canal ... ..	180
Ignorado ... ..	343

CUADRO N° 20

**NUMERO DE HABITANTES Y DISPOSICIONES DE EXCRETAS**

Servicio Público ... ..	1,124
Silo y Tanque séptico ... ..	1,005
Rfo, canal ... ..	26
Campo libre ... ..	274
Ignorado ... ..	525

# Hacia la Reforma de la Previsión Social en la República Federal Alemana

Por HELMUTH KOHRER

Seis años han transcurrido desde la fundación de la República Federal Alemana y en ese lapso, el Parlamento y el Gobierno han tenido que afrontar una serie de difíciles obligaciones. La situación era grave y lamentable cuando en 1949 surgió la República Federal: el país mutilado y dividido, las ciudades destruidas, las vías destrozadas, las industrias desmanteladas y superadas por la época, una cuarta parte de la población condensada en un territorio relativamente estrecho, integrada por prófugos pobres y hambrientos, una administración disgregada y debilitada, sólo parcialmente reorganizada. Todas las tradiciones parecían destruidas; rotos los vínculos entre el período anterior a la guerra y el posterior. En todos los campos era necesario e indispensable una ardua labor de reconstrucción.

El presupuesto del Estado, agravado por los excesivos gastos, casi insostenible para una población empobrecida, por las cargas de ocupación (7.5 billones de D. M. en 1951) y por los gastos sociales (6.5 billones de D. M. en 1951), por un total de 14 billones de D. M., más o menos 80% del presupuesto general, que ascendía en 1951 a 18 billones de D. M.

Hasta cuando no fué posible reobtener la independencia política todos los esfuerzos estaban dirigidos a la superación de empobrecimiento social de las masas. A tal fin, desde 1949 dos caminos fueron tenazmente perseguidos por el Gobierno: realizar, sobre todo en el campo de la economía, una sana política liberal que favoreciese el mejoramiento del standard de vida individual y general; instaurar, en segundo lugar, en el campo social, una política intensa destinada a salvar las necesidades más urgentes de la población y hacer la vida otra vez digna. Este programa fué aceptado por todos los partidos políticos, con excepción del partido comunista que, por otra parte, es grupo de modestas proporciones y actualmente sin ningún representante en el Parlamento.

Dentro de dicho programa en los primeros años de la reconstrucción, se ha promulgado por ejemplo la ley de los cargos (destinada al reembolso de los daños de guerra), con la que se ha instituido un impuesto de 50% del valor de los bienes patrimoniales privados no afectados por la guerra; este impuesto debe ser abonado en el término de 30 años destinado como compensación, aunque parcial, en favor de los ciudadanos mayormente afectados por la guerra. En el curso de esos

## INFORMACIONES SOCIALES

seis años han sido dictadas varias leyes en materia edilicia, que mediante depósitos estatales, beneficios fiscales y otros alicientes similares, han permitido la construcción anual de 500,000 nuevas viviendas. No es esta la oportunidad de enumerar todas las leyes ni las medidas que fueron adoptadas a fin de que la reconstrucción nacional alcanzara la actual situación. Sin embargo nos parece oportuno que el argumento de nuestro artículo, la reorganización de la seguridad social en Alemania Occidental, no sea considerado en forma independiente sino dentro del cuadro general de la post-guerra.

Numerosos críticos nacionales y extranjeros, lamentan desde hace tiempo que dicha "reforma social", — como equivocadamente se ha definido—, haya sido excesivamente demorada, mientras que en otros sectores económicos y sociales se registran desarrollos más rápidos. Numerosos y variados son los motivos que explican tal atraso. En un reciente discurso el Ministro de Trabajo, Anton Storch, ha contestado, a cuantos lo reprendían, de no haber estado en grado, —durante 6 años de su permanencia en el gobierno—, de llevar a cabo una reforma en los seguros sociales, pues había actuado como un irresponsable si hubiese hecho a la nación promesas que no hubiera podido mantener, agregando que sólo ahora la situación financiera permite emprender una reforma social. La demora en la realización de la reforma es atribuida a dos tipos de consideraciones, que nos conducen a la conclusión de que la reforma misma, en último análisis, no fuese tan urgente como otros problemas. En efecto, es de observar sobre todo, que el valor de las pensiones de los seguros sociales no fué afectado por la reforma monetaria de 1948 (pues ellas fueron reajustadas por las autoridades de ocupación en la proporción de 1:1) mientras que todos los otros bienes o créditos fueron desvalorizados según la proporción de 6,5:100 y en los casos más favorables de 1:10.

En consecuencia, los beneficios de pensiones de los seguros sociales, en un período en el cual el valor efectivo de cualquier crédito —incluyendo las pensiones de los seguros privados (1)— se redujo al 10%, pudieron éstos gozar de pensiones con un importe igual a su valor nominal.

En segundo lugar, ya en 1949, mediante la llamada "ley de adecuación (de las prestaciones) de los seguros sociales", ley que había sido redactada antes de la República Federal, por el "Consejo Económico de la Bizona" (zonas de ocupación americana y británica), se pudo iniciar la solución del grave estado de malestar económico de los asegurados. Posteriormente en los años sucesivos se ha concedido a los pensionados de los seguros sociales diversas mejoras que, si bien no constituyen aún una verdadera reforma social, han hecho frente ya a las más imperiosas necesidades, a fin de hacer menos urgente la realización de la reforma misma.

---

(1).—Por Ley de 11 de junio de 1951, las pensiones de los seguros privados fueron revaluadas con medida igual a 100%, hasta el importe mensual de 70DM; al 50% para las comprendidas entre 70 y 100DM; y al 10% para beneficios superiores a 100DM. Se ha previsto posteriores mejoramientos.

## INFORMACIONES SOCIALES

La lentitud que se manifiesta en la elaboración de la reforma, además de numerosas, aunque transitorias desventajas y disminución del prestigio del gobierno en el campo social, ha presentado también un aspecto positivo, constituido por la siempre apasionada y decidida participación en el debate de la gran masa de la población, desde los ambientes universitarios a los económicos, de los eclesiásticos a los sindicales, de los círculos políticos a los sociológicos, desde la prensa hasta las entidades de seguros. Quizá nunca en la historia de la política social alemana un problema ha sido objeto de debates públicos tan apasionados y **profundizados**, y se le ha hecho frente con gran sentido de responsabilidad. El premio a este largo y multiforme trabajo de preparación estará constituido por el cumplimiento de la nueva legislación en la materia.

Algunas de las disposiciones de las autoridades aliadas de ocupación, no tomadas de los ejemplos de los regímenes de seguridad social, inglés o francés, financiados en buena parte por el Estado —en los cuales la cobertura de los gastos es sólo parcialmente garantizada por las contribuciones— han hecho que, inicialmente, hubiesen en Alemania numerosos partidarios de un sistema unitario de seguro nacional. Muchas simpatías obtuvo también, en un primer momento, el régimen unitario de seguros introducido en Berlín por las autoridades aliadas de ocupación y, su aplicación en las tres zonas occidentales,— favorecida por las mismas potencias ocupantes—, se evitó con enorme dificultad.

En plena lucha en favor del mantenimiento, o mejor dicho del restablecimiento de un sano principio de seguridad — ya afectado por la ley de adecuación de los seguros sociales y por las contribuciones globales abonadas por el Estado al seguro de pensiones, surgió, en 1947, la “Sociedad para la Ciencia y Organización de los Seguros”. A ella pertenecieron, desde su creación, todos los que creían necesario mantener el principio asegurativo, despertar y mantener en cada ciudadano en particular, el sentido de la responsabilidad individual, o conservar un régimen descentralizado de seguro social.

Los institutos gestores del seguro contra la enfermedad (cajas de enfermedad para artesanos, agrícolas y otros), los institutos regionales de seguro de vejez e invalidez, compañías privadas de seguros de vida y de enfermedad, la clase sanitaria, los agricultores, los artesanos y los industriales tienden, todos ellos en el ámbito de la sociedad, a ordenar con procedimientos científicos, las razones que aconsejan limitar la protección de los seguros sociales a las categorías y clases sociales que están realmente necesitadas de tal protección.

---

Las experiencias francesa e inglesa —y, en particular los crecientes déficits verificados en los balances de los seguros sociales de estos dos países—, por una parte, y el despertar de una sana conciencia democrática, por otra, han hecho inclinar la balanza hacia la idea de un sistema fuertemente descentralizado (es decir sin organismos centrales), limitado, (no extendido a toda la población) basado en el principio de seguridad (no equivalente al de la asistencia estatal).

## INFORMACIONES SOCIALES

Al terminar la guerra, cuando fueron restablecidas las relaciones entre el mundo occidental y Alemania, estuvo de moda en este país la expresión “seguridad social”, creada en 1935 en los Estados Unidos. La comprensible aspiración de hacer participar al reconstituido Estado Alemán de las últimas conquistas en el campo social, pareció por un momento que el tradicional sistema de seguros fundado por Bismarck vigente por más de 70 años, tuviese que ceder ante los nuevos sistemas del mundo occidental. En tal ocasión, los críticos olvidaron que casi todos los sistemas de seguridad social del mundo, utilizaron las primeras experiencias alemanas en el campo de los seguros sociales. Estaban dispuestos, —en el entusiasmo por las organizaciones democráticas—, a tomar de los otros países, en forma más moderna, lo que había sido conquista del pensamiento alemán. Fué necesario un discreto período para llegar a la convicción —aunque todavía no es general— que las reformas, necesarias por el cambio en las exigencias de nuestros tiempos, pueden ser efectuadas sobre la base del viejo y bien engranado sistema alemán.

En las más recientes fases de las discusiones, —en curso cerca de un año y actualmente en su cumbre—, se han hecho públicas numerosas opiniones sobre el asunto. Ninguno, —aún aquellos que se sienten mayormente ligados a la tradición—, ha puesto en duda la necesidad de modificar a fondo el sistema alemán de seguros sociales, adecuándolo a las actuales exigencias, mientras todos se han declarado de acuerdo en no imitar las disposiciones aplicadas en otros países, así hubieran tenido éxito. Más bien se ha expresado la intención de fundamentarse en las experiencias nacionales, prevaleciendo la tendencia a establecer el nuevo sistema sobre las bases antiguas.

Particularmente, en la elaboración de los proyectos de reforma del sistema antiguo, se ha tenido en cuenta que los fundamentos del mismo, en su forma original, sufrieron crisis y períodos de decadencia económica, una profunda evolución casi hasta separarse del todo.

A manera de ejemplo se señalan algunos elementos tomados en consideración:

1).—El campo de aplicación del régimen de seguro previsto por Bismarck ha sido muy ampliado, tanto que a la actualidad el 80% de la población está protegida por los seguros sociales;

2).—Mientras que en su origen la pensión tuvo un carácter integral, en cuanto las personas mayores de edad obtenían los principales medios de subsistencia de la solidaridad familiar o de bienes patrimoniales, hoy día ella constituye, como regla, la única fuente de ingresos;

3).—Los capitales formados en el curso de los años, con la acumulación de contribuciones de los asegurados, han sido pulverizados dos veces por las reformas monetarias. En 1923, el seguro social (particularmente y es obvio, el seguro de pensiones, cuyas bases actuariales se fundaban en grandes períodos de tiempo), perdió íntegramente su patrimonio; esta circunstancia se repitió después en 1948;

4).—En ambos casos ha sido necesario, por otro lado continuar abonando las pensiones en su importe original, y sólo fué posible gracias a un notable aumento de la contribución estatal que originalmente fué reducida. Se derivó una confusión entre los tres conceptos, que antes eran

## INFORMACIONES SOCIALES

completamente distintos: seguro, asistencia y previsión, confusión que las leyes de emergencia, dictadas en los primeros años de la República Federal, ha agravado sensiblemente;

5).—Los numerosos “mejoramientos” de las prestaciones, efectuadas con fines económicos o sociales y también, frecuentemente, con fines políticos, sólo calmaron los ánimos, pero inevitablemente han conducido a alterar los cálculos matemático-actuariales del seguro de pensiones. A los fines de elaboración de los proyectos de reforma era absolutamente necesario preparar con exactitud las bases matemáticas y por lo tanto formular un balance actuarial del seguro de pensiones;

6).—El malestar económico de los pensionados, cuyo tenor de vida era completamente inadecuado al nivel de los salarios y precios, tornaron necesaria e inevitable, por retraso en la reforma, una nueva revaluación de las pensiones liquidadas con pase a contribuciones abonadas antes de la reforma monetaria, revaluación que ha efectuado el Gobierno en 1954 con la “Ley de Mejoramiento de Pensiones”. Ya que no se disponía de reservas para hacer frente al mayor gasto causado por el reajuste de pensiones mencionado, ascendente a 800 millones de DM anuales, y porque el Gobierno, por otro lado, no se encontraba en condiciones ni dispuesto a proporcionar los fondos necesarios (siendo el Estado mismo responsable directo de la devaluación \*\* del 1%, la suma alícuota contributiva para el seguro de pensiones, quedando invariable la alícuota contributiva sumaria (2).

En la práctica esto ha conducido a la adopción del sistema de reparto, por cuanto nadie habría tenido el valor de reconocer abiertamente tan evidente e innegable estado de hechos. Por tanto, la reforma deberá resolver en forma definitiva el problema de la cobertura de los gastos,

7).—Por último, es necesario poner en claro, la situación económica de los beneficiarios del seguro social (sobre la cual hasta ahora no se tienen sino datos inciertos).

Ya al iniciar nuestro trabajo hemos puesto en evidencia como se ha errado el concepto “reforma social”. Tal definición tiene un significado más amplio, —presupone una reforma en sentido amplio de la organización general de la sociedad y no corresponde tal vez a las actuales directivas programadas. Con esto no se puede sostener que una reforma en tal sentido sería supérflua; sin embargo, ella no podrá ser realizada con la simple adopción de una o más disposiciones legislativas. La definición más exacta del objeto que, al estado actual de cosas, establece el programa gubernativo es el siguiente: “**reordenación de las prestaciones sociales**”. En realidad bajo tal definición se puede volver a conducir el vasto programa de reordenación no sólo de los verdaderos y propios seguros sociales (seguro de enfermedad, de accidentes, de pensio-

---

(2).—La alícuota contributiva para las varias ramas de seguro, a cargo de los trabajadores y patronos, en partes iguales, es actualmente la siguiente: 11% para el seguro de pensiones; 6% seguro de enfermedad; 3% seguro de desempleo. Las contribuciones para el seguro de accidentes corren a cargo del empleador, y varían como en los sistemas análogos, en función al riesgo a que están expuestas las diversas categorías de trabajadores.

## INFORMACIONES SOCIALES

nes, de desempleo) sino más aún, de la asistencia social, de la asistencia a las víctimas de la guerra, de la indemnización por daños de guerra y asistencia a los veteranos. En el cuadro de la citada definición, reingresa también la reordenación de aquellas formas de asistencia pública prevista a favor de los que encontrándose en caso de necesidad, al suceder determinados acontecimientos, no puedan hacer valer su derecho a las prestaciones del seguro social y las de la previsión social.

De lo que se puede inferir de algunas declaraciones del Ministro de Trabajo, en la elaboración de la nueva legislación deberá procederse ante todo a una "reordenación de los seguros sociales". Indudablemente tal medida constituye el objetivo central y principal de la reforma, especialmente en lo que concierne al seguro de pensiones y al seguro de enfermedad.

### CONDICIONES ECONOMICAS Y SOCIALES DE LOS PENSIONADOS

Consideramos oportuno ilustrar con algunos datos la situación económica de los pensionados, datos que —por extraños que puedan parecer no se poseían completamente hasta el año pasado; por otro lado, el método de reemplazar globalmente las contribuciones y pensiones concedidas, método realizado hace veinticinco años, no permitía una visión aproximativa de los sistemas, para los cuales se hicieron necesarias nuevas recopilaciones estadísticas.

Con tal fin, el Estado dispuso en el año pasado la realización de una vasta investigación, con miras a determinar la real situación de los beneficiarios de prestaciones de los seguros sociales. Se adoptó el método de investigación por muestras y con este motivo fueron interrogados todos aquellos que resultaron beneficiarios de prestaciones sociales en el mes de setiembre de 1953, cuyo apellido comenzaba con la letra "L".

Fueron censadas 631,000 personas, o sea 4,5% de prestaciones del seguro de pensiones, de otras formas de previsión y asistencia. Los detalles proporcionados fueron atentamente valorados y han conducido a la elaboración de datos, cuya exactitud en el tiempo ha sido comprobada.

La pesquisa ha permitido observar los siguientes aspectos:

a).—Las prestaciones sociales existentes son de 35 tipos distintos. Corresponden: 5 tipos diversos de pensiones al seguro de accidentes, 3 al seguro de invalidez y de empleados; 6 al seguro de mineros; en la ciudad de Berlín; 8 a la asistencia a las víctimas de guerra; 3 al régimen de compensación de los gastos; más adelante veremos las prestaciones del seguro de desempleo y de asistencia a los desocupados o las de asistencia pública y privada;

b).—Las pensiones a cargo del seguro de invalidez y empleados (3), y las pensiones asistenciales de guerra, constituyen el 42,6% y 30,2%, respectivamente (en conjunto cerca de tres cuartos), de los 13,9 millones

(3.—Se recuerda que el seguro de invalidez (Invalidenversicherung), tiene a su cargo los riesgos de invalidez, vejez y muerte de los asalariados; mientras que el seguro de empleados (Angestelltenversicherung) cubre los mismos riesgos de los empleados.

## INFORMACIONES SOCIALES

de pensiones en curso en el mes de la investigación. Las otras pensiones se subdividen como a continuación se indica:

Seguro de accidentes ... ..	5,4%
Seguro de los mineros ... ..	4,6%
Compensación de los gastos ... ..	6,2%
Seguro de desempleo ... ..	1'4%
Asistencia a los desocupados ... ..	3,8% = 5,2%
Asistencia pública ... ..	5,8%

De los 13,9 millones de beneficiarios de prestaciones, el 47% está representado por hombres y el 53% restante por mujeres.

La pensión media mensual es igual a 70 DM para los hombres y 56,60 DM para las mujeres, mientras que el importe medio mensual de todas las pensiones asciende a 62,90 DM.

Del conjunto de pensiones, el 57% son pensiones directas y el 43% son pensiones reversibles (pensiones de viudez, sobrevivientes, ascendientes, etc.)

Titulares de las pensiones directas son por lo general los hombres (65%) y de las pensiones reversibles las mujeres (75%).

Sólo el 14% de las pensiones y de las prestaciones de los seguros son de importe mensual inferior a 20 DM, mientras que el 32% supera los 50 DM.

Por tanto, no se debe concluir que estas pensiones de importe mínimo constituyen para los beneficiarios la única fuente de ingresos; es conveniente pensar que se trata de la máxima parte de entradas que se suman a otras rentas (salarios, otras pensiones, rentas mobiliarias e inmobiliarias).

En lo que concierne a las más altas pensiones teóricamente obtenibles, se encuentra que en la práctica pueden ser percibidas muy difícilmente; es así que pensiones de más de 200 DM al mes se abonan sólo a 1,16% de los titulares de pensión.

Más favorecidos son los beneficiarios de pensiones del seguro minero, por cuanto el 30% de ellos se beneficia con pensiones superiores a 200 DM. al mes.

En cambio en el seguro de invalidez, el promedio de las pensiones es muy inferior y varía para todos los pensionados entre 50 y 100 DM al mes. Sin embargo, las pensiones de este monto corresponden al 53, 65% de los titulares, mientras que el 11% de ellos percibe pensiones de 100 - 150 DM al mes y sólo existe un 0,30% de pensiones superiores a 200 DM mensuales.

En el seguro de empleados, las pensiones de 20 a 50 DM constituyen el 25% ; las de 50 a 100 DM, el 42,6% ; las de 100 a 150 DM el 22,3% ; mientras que el 8'1% de beneficiarios percibe pensiones entre 150 y 200 DM; y el 2% más de 200 DM.

En el seguro de accidentes, los importes máximos son iguales a las pensiones totales por accidentes (el 64% de tales pensiones es de importe igual o superior a 250 BM al mes).

Un tercio de todas las pensiones se abona a personas mayores de 65 años de edad. Si se considera separadamente las ramas que gestionan o tienen a su cargo el seguro de vejez, a saber el seguro de invalidez y el

## INFORMACIONES SOCIALES

de empleados, se observa que los porcentajes de las "verdaderas" pensiones de vejez son mucho más altas e iguales, respectivamente, al 47,3% y al 38,8% de todas las pensiones concedidas.

Es interesante por un lado, remarcar entre las mencionadas ramas, que las pensiones de vejez constituyen menos de la mitad del total de las pensiones otorgadas y cómo, por otro lado, el 50% de los beneficios está constituido por pensiones de invalidez.

Con este propósito conviene establecer cuál es la proporción entre el número de beneficiarios de prestaciones del seguro social y la población. Tal proporción se advierte del cuadro que seguidamente se inserta (4), en el que están expuestos los porcentajes de beneficiarios de prestaciones de los seguros sociales en relación a algunas edades y al conjunto de la población nacional.

**Porcentaje de beneficiarios de prestaciones de los seguros sociales en relación a la población total en las respectivas edades.**

Edad	Hombres	Mujeres	Total
16 años	19,9	19,9	19,9
20 "	2,9	2,1	2,5
30 "	20,4	5,5	11,8
40 "	21,3	17,7	19,3
50 "	16,1	17,7	16,9
60 "	34,5	34,9	34,7
70 "	79,4	56,3	66,4
Total	21,4	19,2	20,3

Por consiguiente, en la República Federal un habitante sobre cinco se beneficia con prestaciones de los seguros sociales (como ya se ha notado sería inexacto afirmar que vive únicamente de las prestaciones sociales).

Se puede observar además, que sobre 13,9 millones de prestaciones sociales, 4 millones, o sea el 29%, corresponden a las de importe reducido. En consecuencia los gastos totales para prestaciones sociales en el mes de setiembre de 1953, en lugar de ser 1,02 billones de DM (monto bruto de todas las prestaciones ordinarias), han sido de 870 millones de DM, lo que registra una economía de 14,1%.

En particular, las reducciones de prestaciones sociales se han efectuado en 2,4 millones de casos, (17%), cuando los titulares percibían otras prestaciones de los seguros sociales, en 1,1 millones de casos (8%), cuando los titulares eran beneficiarios de otros ingresos; y en 0,5 millones de casos (4%), cuando los titulares percibían a un mismo tiempo las prestaciones de seguro social y otras rentas.

El 12% de todas las pensiones están incrementadas por las asignaciones familiares.

(4).—Estos datos han sido tomados de la revista "Wirtschaft und Statistik", No. 12, pág. 635, 1954.

## INFORMACIONES SOCIALES

Los 13,9 millones de pensiones son concedidas en total, a 10,4 millones de beneficiarios; la proporción es de 133 pensiones por cada 100 personas; y en relación al sexo, 128 pensiones por cada 100 beneficiarios hombres y de 139 pensiones por cada 100 mujeres.

El 69% de los beneficiarios percibe una sola pensión; el 29% dos pensiones; el 1,9%, 3 pensiones y el 0,1%, cuatro pensiones.

### LAS DISPOSICIONES DEL ESTADO

En un notable periódico alemán de ciencias asegurativas, ha aparecido recientemente un artículo titulado “La escala oscura de la reforma social” (5). En efecto, los primeros pasos hacia una moderna y realizable reordenación de los seguros sociales, pueden compararse con razón con el caminar a tientas en la oscuridad de una escalera, cuando sólo en el momento que se ha subido un peldaño, se observa los obstáculos que faltan para superar. Sólo después de largos estudios e investigaciones ha sido posible remover los obstáculos y aclarar la situación, a fin de poder individualizar, aunque hasta ahora no perfectamente, el camino a seguir.

Después de la reforma monetaria de 1948, fué evidente que no se podía resolver la cuestión con disposiciones parciales, y se sostuvo el concepto que la reforma debía ser extendida más allá del seguro social y asistencia social en todos sus aspectos. Además, resultó evidente que el incesante aumento de los gastos financieros, a cargo del Gobierno y de los 11 Estados para las prestaciones en favor de las víctimas de guerra, habría podido ser detenido con una forma social general.

Entre tanto resultó evidente a quien quiera que fuese experto en la materia, que esa tarea no podía ser resuelta en breve tiempo. La falta de datos estadísticos dignos de consideración —dada la suspensión de las recopilaciones estadísticas durante la guerra y en el período inmediato postbélico—, hicieron indispensable nuevas investigaciones con base a las cuales se habría podido precisar la amplitud y principios de la reforma.

El 22 de febrero de 1952, el Parlamento aprobó la constitución de una “Comisión para el estudio de la nueva reordenación de las prestaciones sociales”; con tal nombramiento el Parlamento ha tratado de definir los términos del problema, que se considera de importancia preeminente respecto a una reforma general de la organización de orden social.

La Comisión inició sus trabajos recién después de un año y durante dos los ha proseguido a puerta cerrada, de modo que, por un lado, ella no tiene a su disposición los numerosos elementos que surgirían en una discusión pública sobre el asunto, y de otro, la opinión pública permanece ajena al desarrollo de los trabajos.

Durante la campaña electoral para elegir la segunda legislatura, en 1953, la reforma social constituyó uno de los principales argumentos

(5).—Cfr. X. E. A. Vesper: **Die dunkle treppe zur Sozialersform**, en “Deutsche Versicherungszeitung”, No 4, 1955.

## INFORMACIONES SOCIALES

en los discursos políticos. Las promesas efectuadas en aquella ocasión produjeron la impresión que la reforma social fuera de inminente ejecución, por lo que tanto más profundo fué el desengaño de la población, cuando, después, del discurso programa del Canciller Federal, el 20 de octubre de 1953, en la cual la reforma social fué definida como el problema número uno de la política interna, pudo constatar que por ahora no se lograrían algunas realizaciones prácticas.

Hubo entonces una intensificación de estudios y discusiones en los círculos interesados ajenos al Gobierno: en los sindicatos, en las organizaciones profesionales, y en ambientes científicos, pero la actitud del Ministerio de Trabajo fué de permanecer en forma completamente pasiva. Los representantes de todos los partidos políticos han expresado siempre sin rodeos su insatisfacción, mientras aumentaban las críticas al Gobierno.

En otoño de 1954, la Sociedad para la Ciencia y Organización de los Seguros tomó posición en un decisivo estudio, en relación a la proyectada reordenación del seguro de pensiones, formulando algunas propuestas interesantes elaboradas con todo detalle, propuestas que la opinión pública acogió con agrado; en cambio el Ministro de Trabajo Sr. Storch, expresó opinión contraria.

Entre tanto el Gobierno había vigilado la recopilación del material estadístico relativo a la situación de los pensionistas de los seguros sociales, (que se han señalado en la segunda parte de este estudio).

Sucesivamente el Parlamento aprobó una serie de leyes destinadas al mejoramiento de las prestaciones de los pensionados, pero no tanto como para ser consideradas útiles a los fines de las reformas; en realidad, tales leyes fueron elaboradas y aprobadas independientemente de la reordenación prevista de las prestaciones; con estas nuevas leyes se han incrementado los obstáculos para la realización de la reordenación citada, en cuanto con ellas no se pretendía resolver algunos de los numerosos problemas, sino completar los más graves vacíos. En aquella ocasión fué programada la posibilidad de suspender toda actividad legislativa en la materia — o sea en la convicción que una posterior legislación habría podido determinar sólo nuevas incertidumbres y desórdenes—, y de establecer preventivamente el programa para el futuro.

En la primavera de 1955, el Ministerio de Trabajo publicó el balance actuarial del seguro de pensiones que era muy aguardado, instrumento indispensable para la continuación de los estudios de reforma. Desgraciadamente la importancia del referido balance ha disminuído, por originar dudas acerca de la exactitud de los criterios de cálculo adoptados. Mientras que el Gobierno sostiene que el balance ha de demostrar que la situación del seguro de pensiones no es de tanta gravedad como se creía, varios actuarios han previsto que en el futuro se verificará en el balance de este seguro, un déficit de 100 millones de DM, cuya carga recaerá sobre el Estado. En efecto, éste, de acuerdo con la legislación vigente, debe proporcionar al seguro de pensiones los fondos que requiere. Por tanto, sostienen los críticos, la contribución del Estado al seguro de pensiones llegará a ser tan alta que jamás se podrá hablar de un seguro propio y verdadero, cuyo establecimiento debe constituir el objetivo principal de la reforma.

## INFORMACIONES SOCIALES

Las incesantes solicitudes de la opinión pública llevaron a la integración de un Comité especial compuesto por siete miembros, con la tarea de acelerar la realización de la reforma. Siguieron innumerables proyectos, formulados por los círculos gubernativos y por entidades o estudiosos en el asunto y apareció siempre más justificada, la difundida preocupación que la discusión en el Parlamento de los proyectos de ley, (por otra parte no preparados aún) pudiese tener lugar solamente al término de la legislación. Es obvio, que, si como es previsible, los debates resultaran influenciados en exceso por preocupaciones electorales, ello ocasionaría seria desventaja en una obra legislativa de tan fundamental importancia.

Se debe, con todo, remarcar que, al comienzo de 1955, han sido adoptadas una serie de medidas de organización que deberían ser un preludio al último y decisivo esfuerzo para la realización de la reforma. El Comité de Ministros, que ha llamado mucho la atención, ha sido definido por la opinión pública como "el pequeño gabinete social", presidido por el Canciller Adenauer, y, en su ausencia, por el Vice-Canciller Blucher. Los Directores Generales de los 7 Ministerios interesados están reunidos en una "Comisión Interministerial", cuya presidencia está confiada al Secretario General de la Reforma Social", en la persona del doctor Jantz, Director General de los Seguros Sociales, su personalidad es la mejor garantía para el desarrollo de una proficua actividad. La Secretaría General de la Reforma Social, que él dirige, tiene la tarea de buscar, recoger y coordinar el material relativo a la reforma misma. Además, continúa funcionando la Comisión para la Reordenación de las Prestaciones Sociales, creada hace más o menos 4 años en el Ministerio de Trabajo, integrada por 4 comités técnicos: el comité para las normas generales; el comité de los seguros de pensión; el comité para los problemas de invalidez; y el comité para el estudio de problemas relativos a la prevención y cura de las enfermedades.

Al lado de este complejo aparato, en el cual se han insertado numerosos expertos y por el cual han sido preparados cálculos financieros, se encuentran, también numerosas entidades y personas estudiosas cuyas opiniones, propuestas, recomendaciones y protestas, constituyen una parte respetable del material por laborar.

A la creciente impaciencia de vastos sectores de la opinión pública, el Dr. Sauerborn, Secretario de Estado del Ministerio de Trabajo, replicaba hace poco en el Parlamento recordando la larga elaboración de la ley fundamental sobre seguros sociales. (**Reichversicherungsordnung**) ante el Reichstag.

## OPINIONES Y PROYECTOS

Pasemos ahora a reseñar las cuestiones controvertidas en materia de reforma social y los diversos proyectos hasta ahora presentados.

Como ya hemos mencionado, las "Propuestas para la Reordenación del Seguro de Pensiones", publicadas en setiembre de 1954, por la Sociedad para la Ciencia y la Organización de los Seguros, han desarrollado una serie de importantes estudios.

Nos limitamos a recordar que la citada Sociedad postula el mantenimiento de la subdivisión de la protección social en las tres formas clásicas

## INFORMACIONES SOCIALES

sicas: Seguros sociales, asistencia general a cargo del Estado, (en que el ciudadano poseedor de los requisitos señalados tiene un verdadero y propio derecho); y la asistencia pública y privada, con fondo esencialmente caritativo. En particular se subraya, que cada una de tales formas tiene una razón propia de ser y deberes propios, pero que, en todo caso, en lo que se refiere a los riesgos de invalidez y vejez, el seguro debe ser preferido a cualquier otra forma de protección.

En efecto el seguro se apoya sobre la responsabilidad individual y, por lo tanto, responde plenamente al imperativo moral por lo que cada individuo debe prepararse a tiempo, en cuanto lo permitan sus fuerzas contra las adversidades de la vida. Una forma general de asistencia garantizada por el Estado, en cambio llevaría a paralizar el sentido de responsabilidad individual, y traería consigo, además, un mal uso de las entradas públicas, las cuales bajo da forma de pensiones beneficiarían también a los no necesitados. No se debería, por lo tanto, alentar la muy difundida aspiración de injustificadas desventajas a expensas de la comunidad. Por otro lado un régimen general de asistencia a cargo del Estado sería, en último análisis, desventajoso para los pensionados, por cuanto las pensiones resultarían niveladas, —independientemente de la actividad laboral del individuo—, alrededor de cuantías modestas y sufrirían, además, drásticas reducciones en los períodos de crisis.

Por otra parte, la demanda general de las masas por nuevas mejoras en las prestaciones, significa gastos excesivos en las finanzas del Estado, que podrían conducir al desequilibrio, con obvias consecuencias, aún hasta para la misma asistencia social.

La Sociedad para la Ciencia y Organización de los Seguros es de opinión que el Estado concurra a la cobertura de los impuestos sociales y que dicho aporte se extienda sólo a la suma básica de las pensiones, suma que debería ser de importe modesto en relación al variable (cuotas de aumento). En tal forma se daría importancia al ahorro de los seguros sociales. El fin principal del seguro de pensiones debería ser el de conceder a los asegurados una pensión proporcionada a la actividad laboral desarrollada, mientras que la asistencia del Estado debería intervenir solamente en los casos en que la pensión fuese inadecuada y se hiciera necesaria una integración.

En lo que concierne al restablecimiento financiero de los seguros de pensiones, la Sociedad ha propuesto una separación (simplemente teórica) entre el impuesto que se aporta por períodos anteriores y el relativo a los períodos siguientes a la reforma monetaria. En efecto, el impuesto para el futuro podría ser financiado mediante las contribuciones acostumbradas, mientras que el impuesto que deriva de los períodos precedentes debería ser asumido por el Estado, el cual podría afrontarlo pagando a las instituciones de seguro una suma cuantitativa de obligaciones especiales con intereses reembolsables en el tiempo. Sin entrar en mayores detalles, basta notar que los medios competentes han juzgado con mucho favor las propuestas de la Sociedad que, según una excelente revista de seguros, “constituyen el mejor esquema hasta ahora planteado para la reordenación del seguro de pensiones y de sus respectivas atribuciones. Los expertos han sabido hacer frente y resolver las nu-

## INFORMACIONES SOCIALES

merosas y complicadas cuestiones de detalle". Pero, "a la implantación de la propuesta misma —continúa la revista— se oponen en el momento actual, la circunstancia que el tiempo no es adecuado para afrontar el problema en todos sus aspectos".

Esto se escribía en noviembre de 1954, y de allí podemos deducir, cómo estaba la Sociedad para la Ciencia y Organización de los Seguros adelantada en sus estudios.

Mientras que se encontraba todavía en plena efervescencia la discusión sobre las propuestas arriba mencionadas, el Sindicato de Empleados Alemanes (Deutsch Angestellten - Gewerkschaft) presentaba su "Plan para una Reordenación del Seguro de Empleados", plan limitado por lo tanto a un solo sector del seguro de pensiones. Con este motivo, se ha puesto en particular evidencia la aspiración de los empleados en encontrar en el seguro de pensiones, una mejor seguridad para su vejez. El proyecto se basa casi exclusivamente, en las propuestas de la Sociedad para la Ciencia y Organización de los Seguros, pero rechaza la proposición de limitar el seguro obligatorio a las categorías más necesitadas, y solicita en cambio su extensión a todos los empleados. Además se pide que el seguro de los artesanos sea independizado del seguro de empleados (6). En el mismo período presentaron los proyectos para una nueva ordenación en las pensiones:

- a) Liga de los Contribuyentes
- b) Liga de los Sindicatos Alemanes;
- c) Confederación General Alemana de Empleadores.

La Liga de los Contribuyentes, que cuenta con asesores bien preparados, declaró aprobar en pleno las propuestas de la Sociedad para la Ciencia y Organización de los Seguros.

En el programa de la Liga de los Sindicatos Alemanes se formulan, en cambio, pedidos más amplios en orden a la forma de los seguros sociales. En efecto, además de la extensión del seguro obligatorio para todos los trabajadores dependientes y la exclusión de los artesanos, se pide que el importe de las pensiones sea elevado al 75% de la remuneración. La pensión misma debería ser liquidada, no sobre la base de las contribuciones pagadas, sino en relación al salario percibido en los últimos años antes de la edad pensionable. Esto ha sido refutado, pues en esta forma las rentas de seguro adquirirían la misma naturaleza que las pensiones percibidas por los funcionarios del Estado y que la supresión de la proporcionalidad entre cotizaciones y rentas, llevaría a un alejamiento del verdadero y propio principio de seguridad. Esto conduciría, en último análisis, tomando en cuenta también el notable aumento propuesto para las pensiones—, a una forma de asistencia nacional, en cuanto las cotizaciones cubrirían sólo una parte del impuesto sobre las prestaciones. Las demandas que están inspiradas en los

---

(6).—De acuerdo con las actuales disposiciones, los artesanos pueden inscribirse en el seguro de empleados o en una institución de seguro privado. De este modo el seguro de empleados está obligado a aceptar riesgos onerosos de sus empleados asegurados.

## INFORMACIONES SOCIALES

principios aún hoy seguidos por el partido social democrático tienen siempre entre sus objetivos “el estado asistencial”, con modelo británico.

Las propuestas de los empleadores para la organización de los seguros sociales presentadas en abril de 1955, se uniforman al proyecto más de una vez mencionado, de la Sociedad para la Ciencia y Organización de los Seguros, en cuanto que se basan en los siguientes principios: mantenimiento de la organización actual, no extensión del campo de aplicación del seguro obligatorio, reforma del financiamiento e incremento de la prevención del seguro de enfermedad y restauración del principio asegurativo.

Con tales propuestas ha sido reconocida la necesidad de las contribuciones del Estado al seguro de pensiones.

Más o menos en el mismo período hemos llegado a saber, por algunas indiscreciones, que el Ministerio de Trabajo, a pedido del Canciller Federal, había sometido a examen del Consejo de Ministros, un memorial sobre el problema de la reforma social, titulado “Principios Fundamentales para una Reforma radical de las Prestaciones Sociales”. Este memorial ha sido objeto de severas críticas. Particularmente se ha reprendido al Ministerio del Trabajo, de no haber hecho enunciaci-ones concretas, y de no haber preparado con el memorial, el punto de partida para la actividad legislativa. En efecto, gran parte de las ofertas se alejan del principio de seguridad en cuanto se prevé absurdas equiparaciones entre las pensiones de seguridad social y las de asistencia, con desmedro de las primeras, que fundadas en el pago de las contribuciones deben ser intangibles. Además, no se toma en consideración el problema del financiamiento, cuya solución es de importancia fundamental y tal vez de los más considerables problemas. El memorial, finalmente, contiene propuestas mucho más comprometedoras— como la entrega del salario a los trabajadores en caso de enfermedad— que un Ministerio debería hacer después de un profundo examen y análisis, realizando en colaboración con los ambientes económicos del país. Positivamente, sólo tenemos la definitiva afirmación que la “reforma social” será limitada a la reordenación de las prestaciones sociales.

En este período, como se vino a saber más tarde, el Canciller Federal encargó a los profesores Achinger, Höffner, Muthesius y Neundörfer, expresar sus opiniones sobre la “reordenación de las prestaciones sociales”. Las propuestas de los profesores que emitieron opinión imparcial representan una piedra miliar en el camino hacia la reforma. En la primera parte del volumen que contiene las brillantes disertaciones de los profesores, se ilustra con los más recientes datos estadísticos el desarrollo de los seguros sociales desde su fundación hasta la fecha y las actuales tendencias. Por lo que concierne a la segunda parte de la obra se ha levantado la crítica contra los “cuatro sabios”, en el sentido que sus teorías están muy alejadas de la actual posibilidad de realización práctica. Se observa, además, que la obra está impregnada de mucho entusiasmo renovador, por lo que no nos sentimos temerosos al considerar el antiguo e inútil lastre y al anhelar, con una larga y costosa reordenación, algo nuevo; si esta nueva creación ha de ser una mejora, nadie

## INFORMACIONES SOCIALES

puede decirlo hoy día. Bastan algunos detalles: el seguro de enfermedad, al que podría ser incorporado también el seguro de enfermedad, debería otorgar solamente prestaciones en especie, mientras que las en dinero, estarían a cargo de las "Uniones Administrativas", las que vendrían a subsistir a las actuales "Uniones Profesionales para las Gestiones del Seguro contra Accidentes de Trabajo, a proposición de uno de los profesores. Por lo tanto los gastos en prestaciones en dinero del seguro de enfermedad, vendrían a recaer sobre los empleadores, mientras que el abono de las prestaciones en especie estaría totalmente a cargo de los asegurados. En tal forma se determinaría una neta separación entre los órganos encargados de la recaudación de contribuciones y los encargados del otorgamiento de las prestaciones, separación que, según demuestra la experiencia, comporta consecuencias negativas, pues, en tales casos, es grande la tentación de ser más generosos en las concesiones.

Otro de los principios sostenidos por los profesores es el de la separación entre los riesgos de vejez e invalidez. El seguro de enfermedad debería asistir a los inválidos y procurar la readaptación de los mismos, mientras que los ancianos y asegurados inválidos total y permanentemente, deberían ser asistidos por el seguro de pensiones. Es obvio que ello originaría al seguro de enfermedad una carga inmensa, tanto más que no está previsto un término para el pago de las prestaciones. El seguro de enfermedad debería hacerse cargo de los accidentes de trabajo y de tránsito. Las prestaciones en dinero deberían quedar a cargo de las ya nombradas, "Uniones Administrativas" y el Estado intervendría, en caso de gastos excesivos de la caja de enfermedad mediante subvenciones a cargo de una "Caja Estatal de Rehabilitación" por establecerse. El Estado debería además continuar abonando su contribución al seguro de vejez. Para todas las ramas de seguro debería, también, crearse un servicio sanitario único, con atribuciones judiciales; se podría en fin proceder a una reducción de contribuciones por seguro de desocupación, independizándose del riesgo de desocupación temporal, el mismo que estaría a cargo de las Unidades Administrativas. Debiendo limitarnos a una sumaria e incompleta exposición del contenido del trabajo, es necesario recordar la tercera parte del libro titulado "Hacia un Código Social". Los autores, prevén en ella la realización de una legislación unitaria, que podría poco a poco, sustituir las leyes dictadas hasta ahora.

La obra ha dado lugar a apasionadas debates, hasta ahora en curso. Los expertos, reconociendo la importancia de algunos principios, juzgan casi imposible la aplicación de las propuestas formuladas por los cuatro ilustres estudiosos, y se preguntan si es necesario el cambio total del sistema vigente, como si la legislación actual no respondiese a su fin; y si no es, en cambio, suficiente adoptar el actual a las nuevas exigencias y simplificar la reglamentación.

Antes de que fuesen publicados detallados comentarios a la obra antes mencionada, el Consejo para la Reorganización de las Prestaciones Sociales instituido en el Ministerio del Trabajo, después de un largo período de reuniones secretas, se decidió finalmente a romper el silencio.

## INFORMACIONES SOCIALES

El 4 de junio de 1955, el Ministerio del Trabajo publicó un balance de las actividades desarrolladas por el Consejo, satisfaciendo así los urgentes pedidos de la opinión pública, a los que se sumaban, también los de competentes miembros del Consejo mismo, como el Dr. Rorhbeck.

Las decisiones adoptadas por el Consejo —y que son evidentemente muy interesantes por cuanto el Consejo es órgano del Ministerio del Trabajo—, fueron aprobadas en su mayor parte por unanimidad, y sólo en pocos casos hubo votos en contra. Señalamos a continuación los principios esenciales aprobados por el Consejo:

a) En necesario mantener la distribución entre las atribuciones de las tres ramas de protección social, ya citadas;

b) Debe evitarse la adopción de criterios y medidas diferentes en las diversas ramas de seguro, contrariamente a cuanto se verifica actualmente, a fin de evitar, por un lado, posibles lagunas y, por otro, eventual acumulación de prestaciones;

c) La invalidez y la vejez deben ser consideradas como dos riesgos diferentes (la aplicación de este principio irrogaría notables y costosas modificaciones en el sistema actual);

d) En materia de invalidez debe darse mayor importancia a la obra para conservación (prevención) o rehabilitación (recalificación) al trabajo y de ganancia, más que a la correspondencia de las pensiones. (Este principio es ahora pacífico y ha sido anteriormente aprobado por la Sociedad para la Ciencia y Organización de los Seguros);

e) Hasta el término del período de rehabilitación profesional las pensiones no deben ser abonadas, otorgándose solamente prestaciones temporales (sobre este punto el Consejo va mucho más allá de las propuestas de la Sociedad para la Ciencia y Organización de los Seguros, que proponía un control periódico —cada 2 ó 3 años— del estado de invalidez de los beneficiarios);

f) En lo que concierne al seguro de pensiones, se ha afirmado que el derecho a pensión es idéntico para todos los asegurados, que no debe existir comprobación alguna sobre el estado de necesidad de los asegurados, y que el importe de las pensiones debe ser calculado únicamente en función a las contribuciones abonadas. El seguro de pensiones podrá también en el futuro, administrar los riesgos de vejez, invalidez y muerte;

g) El Consejo se ha expresado, unánimemente en favor de la extensión, sin excepciones, del seguro obligatorio a todos los trabajadores dependientes (opinión contraria a la de los sindicatos, que en el campo político están representados por el Partido Social Democrático, y también por algunas tendencias del Partido Demócrata Cristiano);

h) Ha sido en cambio rechazada la extensión de los seguros sociales a los trabajadores independientes. El seguro de vejez para los artesanos debe ser distinto del seguro para empleados;

i) El seguro facultativo (7) debe ser suprimido. Debe en cambio

---

(7).—En virtud del seguro facultativo, introducido durante el régimen nazista, cualesquier ciudadano alemán menor de 40 años, puede inscribirse en el seguro de pensiones.

## INFORMACIONES SOCIALES

conservarse para los asegurados, la facultad de abonar contribuciones más elevadas, facultad que contribuye a reforzar el sentido de responsabilidad individual;

l) El límite de edad, (de 65 años para los hombres y mujeres), no será modificado; pese a ello, habría que orientarse hacia la continuación de la actividad laboral hasta los 70 años, concediendo aumentos en los elementos variables de la pensión;

m) Las pensiones tienen que ser constituidas por la cuota básica (a cargo del Estado) y por la de aumento, calculada sobre las contribuciones abonadas. El importe básico debe ser el mismo para todas las pensiones de seguro social;

n) Las pensiones deben ser proporcionales a la ganancia media del trabajador en el período de actividad laboral. (El monto de la pensión debería permitir al beneficiario bastarse así mismo, después de un período de contribución de 40 - 45 años. Con tal fin es conveniente destacar que en el pasado, no fué posible aplicar tal principio por cuanto dos inflaciones sucesivas y sensibles variaciones en el costo, han reducido el poder de adquisición de las pensiones y provocaron la pulverización de las reservas).

La satisfacción general de la opinión pública por las decisiones adoptadas por el Consejo, ha sido fuertemente afectada por la propuesta de incluir en el seguro obligatorio a todos los trabajadores dependientes. A las esperanzas de un vasto sector que auspiciaba una limitación del campo de aplicación del seguro obligatorio para dar mayor campo de acción a la previsión individual, el Consejo ha emitido una directiva completamente opuesta, directiva que niega el principio, hasta ahora seguido y respetado, de la libre economía, basado en la responsabilidad de los individuos.

El siguiente es el comentario de una autorizada revista (8) sobre las decisiones del Consejo: "Se tiene la impresión que, con convocar a una conferencia de prensa en Königswinter, se haya querido solamente ir contra las insistentes búsquedas de noticias de parte del público; mientras que de parte de los expertos, se esperaban resultados mucho más concretos"

Llegamos de esta manera al verano de 1955, sin haber dado ningún paso adelante en el campo de la legislación.

En julio de 1955, la Sociedad para la Ciencia y Organización de los Seguros publicó las propuestas para la "Reorganización del Seguro de Enfermedad" las que han sido bien acogidas por la opinión pública. Se ha remarcado que se trata de proposiciones apoyadas en hechos concretos y que proponían al legislador elementos, para una fácil reorganización. Por otra parte, se ha propuesto también para el seguro de enfermedad una limitación del campo de aplicación, mientras que, con el fin de eliminar posibles ganancias ilícitas del seguro, se propone una participación de los seguros en los gastos del mismo asegurado (2 DM, por caso de enfermedad; 20% del costo de las medicinas, con un mínimo de 0.50 DM y un máximo de 3 DM). Por impracticable que sea

(8).—Crf.: "Deutsche Versicherungszeitung", No. 7, 1955, pág. 154.

## INFORMACIONES SOCIALES

la propuesta desde el punto de vista político, ella se presenta como el único medio adecuado para librar a las cajas de enfermedad de dificultades financieras, sin recurrir a un aumento de contribuciones.

Se auspicia además, una mayor actividad en el campo de la "profilaxis"; las cajas de enfermedad deberían intervenir aún antes de que se verifiquen los casos de enfermedad, ya que de esa manera se evitarían mayores gastos. La aplicación de tal principio, acarrería la necesidad de modificar en numerosos párrafos la legislación vigente.

Las propuestas de la Sociedad para la Ciencia y Organización de los Seguros, elaboradas durante 2 años por expertos en seguros sociales y privados, han demostrado que para la reorganización del seguro de enfermedad, no serán necesarias innovaciones esenciales. El sistema puede quedar mantenido a lo esencial, solamente deberá ser adaptado en los puntos convenientes.

El último de los mayores proyectos en materia de seguro social es el presentado por "La Liga de los Emprendedores Católicos" (9), publicado hace poco tiempo. Este programa se refiere particularmente al seguro de pensiones y se distingue de los otros, en cuanto quiere destruir todo lo pasado e introducir nuevos sistemas. En él se sostiene que "en una sola caja de pensiones para Alemania debe estar comprendida toda la población activa". Por lo tanto, deberán suprimirse todas las ramas del seguro de pensiones y ser aplicado el sistema de reparto. La desproporción que se verifica actualmente y que se verificará en los próximos 30 años entre la población activa y el número de ancianos, debería ser compensada no extendiendo a los pensionados hasta 1980, "los beneficios derivados del aumento de la producción". En otros términos, los importes de las pensiones deberían permanecer inmutables, aunque el costo de vida aumentase tanto como para que las pensiones mismas resultaren insuficientes para el mantenimiento de los asegurados. Es evidente que tales principios no merecen ser discutidos, en cuanto se refieren a la etapa de discusiones de una materia ya superada hace muchos años.

## CONCLUSIONES

Es de suponer que el flujo de proyectos y propuestas continuará por algún tiempo. Eso no hará sino entusiasmar a todos los que se interesan en política social; es evidente, por lo tanto, que toda la población junto con los ámbitos competentes, se esfuerzan por colaborar en la solución de este complejo problema, que en algunos países ha sido resuelto más rápidamente, pero no siempre del mejor modo.

La aspiración a una "reforma social" no es sólo de nuestros días. Si se revisa la literatura del caso, se advierte que desde hace 80 años, los Estados comenzaron a experimentar responsabilidades en el campo social; afloró día a día la exigencia del perfeccionamiento de los sistemas de protección social. Actualmente, se ha difundido la opinión que una sana política social no puede estar separada de una sana política eco-

(9).—"Existencia asegurada en la sociedad industrial. Propuestas para la reforma social".

## INFORMACIONES SOCIALES

rómica. En efecto, sólo esta última conduce al bienestar de los individuos y sólo de tal estado de bienestar general pueden emanar adecuadas prestaciones sociales. La estabilidad de la moneda y del nivel de precios y salarios representan, a los fines del otorgamiento de justas prestaciones sociales, presupuestos mucho más importantes que todos los sistemas patentados, que con frecuencia son ofrecidos. La política social alemana de este siglo, ha dado tales resultados que merece ser conservada, si bien con algunas reformas.

Parece, sin embargo, que ha llegado el momento de iniciar la actividad legislativa, si no se quiere correr el riesgo que la deseada reforma social sea amenazada, antes aún de ser detenida por conflictos de competencia y por debates preelectorales. Es además indispensable aclarar a la opinión pública que "reorganización" no significa siempre "aumento de pensiones".

Ya que la realización de la deseada reforma presupone una sana política económica, la reforma misma debe ser obviamente limitada, sino se quiere llegar a una forma de "estado asistencial".

Por último, se advierte que la proyectada reforma no podrá ser llevada a término en el curso de la actual legislación, que durará hasta 1957. En efecto, por lo que se puede notar de las más recientes discusiones de las Comisiones Ministeriales sobre Reforma Social, a fines de 1955 podrán ser fijados definitivamente, los principios fundamentales que deben seguirse para la realización de la forma misma y podrán someterse al Parlamento únicamente propuestas, pero no proyectos de ley.

La última etapa de los trabajos preparatorios estará constituida por una declaración gubernativa sobre la reforma social, que se espera sea al comenzar 1956.

(Transcripción de la Rev. "Previdenza Sociale" Año XI, Fascículo 5º, setiembre - octubre 1955, Roma, Italia, Págs. 1081-1104).

# EL SEGURO DE VEJEZ

(Continuación)

Por **JORGE A. VALCARCEL**

**Departamento de Estudios Sociales y Económicos, Caja Nacional de Seguro Social, Lima, Perú.**

Lo que sigue constituye una compilación de las disposiciones principales en vigor al año 1954, relativas al seguro de vejez en 49 países, confeccionada a base de la publicación "Old Age Survivors and Invalidity Programs Throughout the World 1954" de la Administración de Seguridad Social de los Estados Unidos.

Precisa mencionar, que las informaciones contenidas en dicho trabajo, se refieren generalmente sólo a los regímenes principales de previsión vigentes en cada país, haciendo abstracción en muchos casos de los esquemas limitados a grupos de carácter profesionales.

Para citar un ejemplo tenemos el caso de Chile, país para el que se apunta una edad mínima de 65 años para la atribución de las pensiones de vejez. Obviamente la referencia es válida tratándose de la Caja de Seguro Obligatorio, desdoblada hoy en los Servicios de Seguro Social y Nacional de Salud. No obstante, como es conocido, en Chile existe más de 40 Cajas de Previsión, que otorgan rentas jubilatorias a edades inferiores. Tal el caso de la Caja de Previsión de Empleados Particulares, la de Empleados Municipales, de Empleados Bancarios, etc.

Aún hay otra observación: siendo el propósito de presentar sistemas de disposiciones legislativas, ella menciona sólo pensiones completas, dando por entendido que los regímenes de seguro social conceden además rentas de cuantía reducida, y que finalmente, la edad mínima es distinta a la de retiro, tratando las administraciones de seguro social de fomentar la permanencia del asegurado en el empleo, mediante bonificaciones que se otorgan por su antigüedad. Esto último, desde luego, se relaciona con la política general del empleo en un momento dado en cada país, pudiendo así comprobarse cómo en algunos con abundante mano de obra, se decide hacer obligatorio el retiro, a fin de favorecer a los trabajadores jóvenes, en tanto que en otros, un exceso de personas de edad avanzada, obliga a tomar disposiciones encaminadas a su colocación en el mercado de trabajo.

## INFORMACIONES SOCIALES

Por último, es preciso tener en cuenta que tratándose de las contribuciones que se mencionan, en algunos países se destinan exclusivamente a la financiación del seguro de pensiones y en otros a la solvencia total de los respectivos esquemas en cuyo caso se hace la referencia respectiva.

Finalmente, con el único propósito de permitir una visión integral de los sistemas apuntados, se ha procedido al mayor resumen posible de sus disposiciones aún con sacrificio de detalles importantes, bajo el supuesto de que el lector especializado pueda suplir todas estas deficiencias. Así por ejemplo, al mencionarse con frecuencia suplementos a las pensiones básicas se prescinde de especificar el tipo de ellos o simplemente se les califica como bonificaciones por antigüedad y cargas familiares. Tratándose de este ejemplo debe entenderse que en la generalidad de los países esas adiciones son concedidas a partir de determinados años de matriculación y que la referencia a los dependientes se vincula normalmente a la cónyuge o hijos en edad escolar.

En todo caso la publicación ya mencionada brinda una mejor información sobre cada uno de estos puntos.

---

### ALEMANIA OCCIDENTAL

**Riesgos cubiertos:** Vejez, invalidez y muerte.

( Asegurados: 5% de los sueldos o salarios.

( Empleadores: 5% de los sueldos o salarios.

**Contribuciones:** ( Estado: Contribuye a través del pago de las pensiones

( básicas, aumento por costo de vida y cubrimiento

( de los déficits eventuales.

**Edad límite:** 65 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** Se fija en valores absolutos. Al año 1952 el monto promedio de pensiones de vejez fué de 72.10 marcos.

### ALEMANIA ORIENTAL

**Riesgos cubiertos:** Enfermedad, maternidad, desempleo, invalidez, vejez y muerte.

( Las cuotas que a continuación se mencionan, solventan

( la cobertura de los riesgos anteriormente enunciados.

**Contribuciones:** ( Asegurados: 10% de los salarios.

( Empleadores: 10% de los sueldos o salarios.

( Estado: No contribuye.

**Edad límite:** 65 años de edad para los hombres y 60 para las mujeres.

**Cuantía del beneficio:** El monto de la pensión se fija en valores absolutos comprendiendo bonificaciones. El máximo no puede ser superior a dos tercios de los ingresos promedios.

## INFORMACIONES SOCIALES

### ARGENTINA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

( Asegurados: 10% de los sueldos o salarios.  
( Empleadores: 15% de las planillas de pagos.  
**Contribuciones:** ( Estado: Pago de los incrementos por costo de vida y  
( de las pensiones de asistencia social mediante un  
( reajuste a las ventas de determinados artículos, en  
( 5%.

**Edad límite:** 55 años de edad para los hombres y 50 para las mujeres a los 60 se conceden pensiones de asistencia social.

**Cuantía del beneficio:** Porcentajes variables del 92% al 75% en proporción inversa a los salarios medios. Se contempla el reajuste periódico de pensiones.

### ALBANIA

**Riesgos cubiertos:** Enfermedad-maternidad, invalidez, vejez y muerte.

( Asegurados: Ninguna.  
**Contribuciones:** ( Empleadores: Del 4% al 2% de los salarios, según las  
( actividades económicas.  
( Estado: Ninguna.

**Edad límite:** Variable según actividades económicas entre 50 y 60 años.

**Cuantía del beneficio:** Variable según actividades económicas entre el 50% y el 60%, más incrementos por antigüedad por asegurado.

### AUSTRALIA

**Riesgos cubiertos:** Asignaciones familiares, maternidad, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y muerte.

( Asegurados: Impuesto sobre la renta con tasas variables del 1 al 11%. Se contempla sumas exceptuadas.  
**Contribuciones:** ( Empleadores: 2,5% de los salarios.  
( Estado: Subsidios para el pago de beneficios.

**Edad límite:** 65 años para hombres y 60 para las mujeres.

**Cuantía del beneficio:** Pensiones de monto fijo en términos absolutos, sujetos a prueba de recursos.

## INFORMACIONES SOCIALES

### AUSTRIA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

- ( Obreros: 5% de los salarios.
- ( Empleadores: 5% de los salarios.
- ( Estado: 25% de las pensiones y la integridad de los suplementos por alimentación.

**Contribuciones:**

- ( Empleados: 5% de los sueldos.
- ( Empleadores: 5% de los sueldos.
- ( Estado: Paga de las contribuciones de los desocupados, los suplementos por alimentación y cubre los déficits eventuales.

**Edad límite:** 65 años para hombres y mujeres.

**Cuantía del beneficio:** Se fija una suma básica general y suplementos de acuerdo a los salarios promedios y dependientes.

### BELGICA

**Riesgos cubiertos:** Vejez y muerte. La invalidez, aunque figura a continuación, se financia con fondos distintos, en relación con el seguro de enfermedad-maternidad.

- ( (Se ha fijado cotizaciones ascendentes para distintos años, así para 1954, fué
- ( (8%, para 1955 8.5% y para 1956 9%.
- ( **Régimen** (De estas contribuciones, la mitad es paga
- ( **Obrero:** (gada por el asegurado y la otra mitad por el empleador. El gobierno contribuye con asignaciones fijas al fondo del seguro.

**Contribuciones:**

- ( (Empleados: 4.25% de los sueldos.
- ( **Régimen** (Empleadores: 6% de los sueldos.
- ( **Empleados:** (Estado: Subsidios para el pago de pensiones y los suplementos.

**Edad límite:** 65 años para los hombres y 60 para las mujeres.

**Cuantía del beneficio:**

- ( (La nueva ley contempla una fórmula
- ( (básica para el seguro de vejez en relación con la antigüedad del asegurado. Por cada año de empleo, el monto de la pensión será de 1/45 para hombres y 1/40 para mujeres, de un 60 ó 45% de los salarios promedios, según se trate de personas solas o matrimonios. Se contemplan reajustes por costo de vida.
- ( **Obreros:**
- ( (Pensión de monto fijo en términos absolutos.
- ( **Empleados:**

## INFORMACIONES SOCIALES

## BRASIL

**Riesgos cubiertos:** Enfermedad-maternidad, invalidez, vejez y muerte.

( Para los regímenes de trabajadores de la Industria y  
( Comercio.

**Contribuciones:** ( Asegurados: 7% de los salarios.  
( Empleadores: 7% de los salarios.  
( Estado: 7% de los salarios.

**Edad límite:** Régimen de la Industria: 65 años.  
Régimen del Comercio: 60 años.

**Cuantía del beneficio:** Régimen de la Industria: 66% de los ingresos.  
Régimen del Comercio: 70% de los ingresos.

## BULGARIA

**Riesgos cubiertos:** Enfermedad-maternidad, invalidez, vejez y muerte.

( Asegurados: Las personas empleadas no pagan ningun  
( na contribución.

**Contribuciones:** ( Empleadores: Pagan la contribución total de sus emplea  
( dos, que al año 1954 aún no había sido especifica  
( da en la Ley.  
( Estado: No paga contribución por las personas emplea  
( das.

**Edad límite:** Edades variables de acuerdo a la actividad económica  
de cada empresa entre 50 y 60 años.

**Cuantía del beneficio:** 50% de los ingresos promedios, más incrementos  
por antigüedad.

## CANADA

**Riesgos cubiertos:** En este país existe solamente un régimen nacional que  
concede pensiones de vejez.

( Asegurados: Todas las personas con ingresos gravables,  
( pagan un impuesto del 2% sobre su renta.

**Contribuciones:** ( Empleadores: Pagan un impuesto del 2% sobre ingre  
( sos gravables.  
( Estado: 2% de un ingreso especial que grava la venta  
( de productos manufacturados.

**Edad límite:** 70 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** Pensión de monto fijo que al año 1954, era de  
40 dólares mensuales.

## INFORMACIONES SOCIALES

### COSTA RICA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

( Asegurados: 2.5% de los salarios.

**Contribuciones:** ( Empleadores: 2.5% de los salarios.

( Estado: 2.5% de los salarios.

**Edad límite:** 65 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** 40% de los ingresos promedios más incrementos por antigüedad.

### CUBA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

( ( Asegurados: 3% de los salarios.

( ( Empleadores: 3% de los salarios.

( **A.-Trabajado-** ( Estado: Contribuye a través de im-  
( **res azuca-** ( puestos especiales, además otorga un  
( **ros:** ( subsidio anual con cargo al Presu-  
( ( puesto General.

( ( Asegurados: 4% que puede ser elevado  
( ( al 5% si hay déficit. Además una  
( ( contribución igual al primer mes de  
( ( salario en la industria del tabaco y  
( **B.-Trabajado-** ( el importe del primer aumento de  
( **res tabaca-** ( sueldo.

**Contribuciones:** ( Empleadores: 4% ó 5% en caso de dé-  
( ( ficit.

( ( Estado: Contribuye a través de impues-  
( ( tos especiales y subsidio del Presu-  
( ( puesto General.

( **C.-Trabajado-** ( Asegurados: 3% que puede ser elevado  
( **res del co-** ( al 5% más una suma igual al pri-  
( **mercio:** ( mer aumento de sueldo.

( ( Empleadores: 3% del salario elevable  
( ( al 5% en caso de déficit.

( ( Estado: Subsidio del Presupuesto Gene-  
( ( neral.

**Edad límite:** ( Tabacaleros: ( No se fija edad límite, exigiéndose sólo  
( ( 35 años de servicios.

( Azucareros: ( 55 años de edad.

( De Comercio: ( 55 años de edad.

## INFORMACIONES SOCIALES

	(	( La pensión se compone de un monto
	(	( básico en relación con los salarios an-
	( A.-Trabajado-	( teriores más incrementos por antigüe-
	( res azuca-	( dad. Así se contemplan porcentajes va-
	( reros:	( riables del 15% al 30% en relación in-
	(	( versa a los promedios con un máximo
	(	( de 45,5% de la renta.
	(	(
	(	( También existe un monto básico en re-
<b>Cuantía del</b>	(	( lación a la categoría de salarios más
<b>beneficio:</b>	(	( incrementos por antigüedad compren-
	( B.-Trabajado-	( diendo una escala porcentual del 15%
	( res tabaca-	( al 50% en proporción inversa a la cuan-
	( leros:	( tía de las rentas. Se fija un máximo va-
	(	( riable entre el 50% al 70% según las
	(	( categoría de los ingresos y siempre en
	(	( proporción inversa a sus montos.
	(	(
	( C.-Trabajado-	( La pensión en este caso tiene iguales
	( res del co-	( montos básicos y suplementos que la
	( mercio:	( del régimen de tabacaleros.

### CHINA (Area Comunista)

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

**Contribuciones:** ( Asegurados: Ninguna.  
( Empleadores: 3% de los salarios y el pago de los be-  
( neficios a corto plazo.  
( Estado: No contribuye.

**Edad límite:** 60 años para los hombres y 50 para las mujeres.

**Cuantía del beneficio:** Pensiones variables del 35 al 60% de los salarios de acuerdo a los años de servicio. Se reducen estas rentas a la mitad, tratándose de trabajadores que no son miembros de los sindicatos.

### CHILE

**Riesgos cubiertos:** Enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y muerte.  
Estos riesgos los cubre el Seguro Obrero.

( Los siguientes porcentajes de los salarios, cubren to-  
( dos los riesgos anteriormente enunciados.  
**Contribuciones:** ( Asegurados: 5% de los salarios.  
( Empleadores: 10% de los salarios.  
( Estado: 5.5% de los salarios.

**Edad límite:** 65 años de edad.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Cuantía del beneficio:** 50% del salario base mensual incrementado en 1% del mismo salario por cada 50 semanas, sobre las primeras 800.

### CHECOESLOVAQUIA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

(Asegurados: 5% de los salarios.

**Contribuciones:** (Empleadores: 5% de los salarios.  
(Estado: No contribuye.

**Edad límite:** 65 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** Suma básica más incrementos por antigüedad e ingresos promedios.

### DINAMARCA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez y Vejez. Se financian estos riesgos, con cargo a fondos públicos, mediante aportes directos del Estado y las Comunas.

(Asegurados: No contribuyen para el seguro de vejez.  
(Empleadores: No contribuyen.

**Contribuciones:** (Estado: Se distribuye el costo de seguro de vejez, mediante asignaciones del Gobierno y las Comunas, en  
(proporción de 4/7 y 3/7 respectivamente.

**Edad límite:** 65 años para hombres y 60 para mujeres.

**Cuantía del beneficio:** Suma básica más suplementos variables, de acuerdo a la localidad de residencia y sujeta al reajuste por costo de vida.

### ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

**Riesgos cubiertos:** Vejez y muerte. No obstante el sistema de Asistencia Pública cubre a los ancianos necesitados, inválidos, ciegos y niños dependientes. Ambos sistemas son de aplicación tanto en territorio Continental como Alaska, Hawai, Islas Vírgenes y Puerto Rico.

(Asegurados: Asalariados 2%.

(Empleadores: 2% de los salarios.

**Contribuciones:** (Estado: No contribuye.

(Estas tasas serán elevadas gradualmente hasta alcanzar un máximo de 4% de los salarios para cada  
(parte el año 1975.

**Edad límite:** 65 años de edad.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Cuantía del beneficio:** El monto es equivalente a 55% de los primeros 110 dólares de ingresos mensuales más 20% de los siguientes 240 dólares. Al mes de setiembre de 1954, la pensión mínima para personas solas, era de 30 dólares mensuales, y la máxima de 98.50 dólares. El beneficio por cónyuge dependiente, es igual a la mitad de pensión de vejez y el correspondiente a hijos igual al 50% de la misma. El máximo de beneficios en el año citado, era de 200 dólares mensuales ú 80% de los ingresos promedios.

### ESPAÑA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

(Asegurados: 1% de los salarios.

**Contribuciones:** (Empleadores: 3% de los salarios.

(Estado: No contribuye.

**Edad límite:** 65 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** Se fija en valores absolutos variables según antigüedad.

### ECUADOR

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

(Asegurados: 5% de los salarios.

**Contribuciones:** (Empleadores: 6% de los salarios.

(Estado: 2% de los salarios.

**Edad límite:** 65 años de edad y en determinadas condiciones 55.

**Cuantía del beneficio:** 30% más incrementos por antigüedad.

### EGIPTO

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

(Asegurados: Ninguna.

**Contribuciones:** (Empleadores: Ninguna.

(Estado: Cubre el íntegro de los gastos, con asignaciones del Presupuesto General.

**Edad límite:** 65 años.

**Cuantía del beneficio:** Variable según el área de residencia y los miembros de una familia como también los ingresos personales del solicitante. El monto se fija en cifras absolutas y comprende incrementos por hijos y esposa.

## INFORMACIONES SOCIALES

### FINLANDIA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

(Asegurados: 1% de los salarios.

**Contribuciones:** (Empleadores: 1% de los salarios.

(Estado: Cubre el costo de los suplementos de pensiones,

( conjuntamente con las autoridades locales.

**Edad límite:** 65 años tratándose del seguro de vejez.

**Cuantía del beneficio:** Se señalan las cuantías en montos fijos absolutos lo mismo que los suplementos en relación con los ingresos, lugar de residencia y estado civil.

### FRANCIA

**Riesgos cubiertos:** Se señalan 4 regímenes distintos. De ellos el del comercio y la industria, y el agrícola cubren enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte.

{ **Comercio e** (Asegurados: 6%  
{ **industria** (Empleadores: 10%  
{ (Estado: No contribuye.

{ **Agrícolas** (Asegurados: 5%  
{ (Empleadores: 5%  
{ (Estado: No contribuye.

{ (Asegurados: No contribuyen.  
{ (Empleadores: Cuando se puso en vigencia esta ley, la contribución del empleador fué elevada del 6% al 10%. Sin embargo, este 4% adicional no se ha independizado y en consecuencia este sistema se financia directamente con los fondos provenientes de la contribución del empleador, al régimen de previsión de los empleados del comercio y la industria.  
{ (Estado: No contribuye.

**Contribuciones:** (Régimen de asistencia a personas anteriormente empleadas:

{ (Asegurados: No contribuyen.  
{ (Empleadores: No contribuyen.  
{ (Estado: Cubre el costo total de los beneficios.

(Comercio e industria: 65 años de edad.  
(Agricultura: 60 años de edad.

**Edad límite:** (Régimen de asistencia a personas anteriormente empleadas: 65 años de edad.

(Régimen de asistencia a grupos adicionales: 65 años de edad.

## INFORMACIONES SOCIALES

<b>Cuantía de los beneficios:</b>	( Comercio e	( La pensión normal a los 60 años es del
	( Industria	( 20% de los ingresos, con incrementos
	(	( del 4% por cada año sobre los 60.
	(	(
	( Agricultura:	( El monto del beneficio es esencialmen-
	(	( te el mismo que el anteriormente se-
(	( ñalado, comprendiendo además bonifi-	
(	( caciones por hijos y esposa.	
(	(	(
( Asistencia a	(	(
( personas an-	( Se fija la pensión en valores absolutos.	(
( teriormente	(	(
( empleadas:	(	(
(	(	(
( Asistencia a	( También se fija la pensión en valores	(
( grupos adi-	( absolutos.	(
( cionales:	(	(

### GRAN BRETAÑA

**Riesgos cubiertos:** Enfermedad, maternidad, vejez, muerte, desempleo, invalidez y riesgos profesionales.

( Las contribuciones se señalan en términos absolutos variando dentro de las tres categorías aseguradas, es decir, independientes y personas no ocupadas en empleos lucrativos. Además dentro de cada categoría se fija una contribución según se trate de adultos o personas menores de 18 años, y a su vez variaciones según se trate de hombres o de mujeres.

**Contribuciones:**

**Edad límite:** 65 años de edad para los hombres y 60 para mujeres.

**Cuantía del beneficio:** Se fija también valores absolutos, contemplándose complementos por hijos y antigüedad del asegurado.

### GRECIA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

( Asegurados: 1.75%. Este porcentaje es parte de la cotización total a cargo del trabajador, ascendente al 5%, que cubre además los riesgos de Enfermedad, accidentes de trabajo, desempleo y retiro.

**Contribuciones:** ( Empleadores: 5.75%. También en este caso la cuota patronal es parte de la que debe pagar para los otros riesgos y que en total asciende al 14%.

( Estado: La contribución del Estado, equivale a la mitad de la contribución conjunta del asegurado y el empleador.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Edad límite:** 65 años para hombres y 60 para las mujeres, con reducción a 60 y 55, en empleos particularmente penosos o insalubres.

**Cuantía del beneficio:** 80 % básico en relación con los salarios más bajos, más 10 % de la diferencia entre esos y el que corresponde a la clase del asegurado. Se contemplan suplementos por antigüedad y dependientes. El incremento por esposa no empleada y que no sea pensionista, asciende al 50 % y a 20 % por el primer hijo, 15 % por el segundo, y 10 % por el tercero.

### HOLANDA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

( Asegurados: No contribuyen.

( Empleadores: Contribución fijada en cifras absolutas,  
( que varían en relación con el sexo y edad del ase-  
( gurado, calculándose que estas primas representan  
( 1.5 % de los sueldos y salarios. Además deben pa-  
( gar un impuesto especial de compensación del

**Contribuciones:** ( 4.5 % destinado a incrementos de pensión.

( Estado: Cubre cualquier déficit y el costo de las pen-  
( siones correspondientes a personas que al momen-  
( to de aplicarse la ley, se hallaban en edad pensio-  
( nable. Asimismo cubre parte de los suplementos es-  
( peciales que también se financian con el ya citado  
( empréstito de compensación.

**Edad límite:** 65 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** La pensión básica anual es equivalente a 260 veces el valor de la contribución semanal media más un incremento de 11.2 % de la contribución total.

### HUNGRIA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

( Asegurados: No contribuye.

**Contribuciones:** ( Empleadores: Cubren el costo total de los beneficios de  
( acuerdo a escala.

( Estado: No contribuye.

**Edad límite:** 60 años para hombre y 55 para mujeres.

**Cuantía del beneficio:** Monto básico igual al 15 % del salario, más un 2 % por cada año de antigüedad. Si el trabajador continúa en el empleo hasta los 65 años de edad o 60 en caso de las mujeres, el monto básico es aumentado al 30 %. Se contempla beneficios por dependientes.

## INFORMACIONES SOCIALES

## ISLANDIA

**Risgos cubiertos:** Enfermedad, invalidez, vejez, muerte y asignaciones familiares.

( Asegurados: Se fija la contribución en términos absolutos de acuerdo al lugar de residencia, al estado civil del contribuyente y a las alteraciones en el costo de vida.  
( Empleadores: No contribuyen, excepto tratándose de las cuotas de los aprendices.  
**Contribuciones:** ( Estado: Cubre los déficits eventuales y el costo de la atención médica de los pensionistas.  
( Las Municipalidades pagan una suma de cuantía fija proporcional al total del costo de los servicios sociales en su área.

**Edad límite:** 67 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** La cuantía se fija en términos absolutos, según lugar de residencia y estado civil. Se bonifica cada año adicional sobre la edad límite en un 5% y por hijos previa prueba de recursos. En total el beneficio puede ascender hasta un 40%.

## IRAN

**Risgos cubiertos:** Enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo, asignaciones familiares, invalidez, vejez y muerte.

( Asegurados: 4% de los salarios.  
**Contribuciones:** ( Empleadores: 8% de los salarios.  
( Estado: No contribuye.

**Edad límite:** 65 años para los hombres y 60 para mujeres.

**Cuantía del beneficio:** 20% de los salarios promedios que se incrementan según antigüedad del asegurado.

## IRLANDA

**Risgos cubiertos:** El riesgo de vejez es protegido mediante el sistema de asistencia nacional de carácter no contributivo.

( Asegurados: No contribuyen.  
**Contribuciones:** ( Empleadores: No contribuyen.  
( Estado: El Gobierno cubre el costo total de las pensiones.

**Edad límite:** 70 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** Se fija en valores absolutos reduciéndose o suprimiéndose, en determinados casos, cuando el pensionista posee ingresos adicionales sobre cierto límite.

## INFORMACIONES SOCIALES

### ISRAEL

**Riesgos cubiertos:** Vejez y muerte.

( Asegurados: 1% de los salarios.

**Contribuciones:** ( Empleadores: 1.5% de los salarios.

( Estado: Se prevé el pago de una contribución equivalente al 0.25%.

**Edad límite:** 65 años para los hombres y 60 para las mujeres con reducción a 62 y 57 respectivamente en determinados empleos áridos.

**Cuantía del beneficio:** Se fija en valores absolutos, más incrementos por estado civil, por hijos, antigüedad y costo de vida.

### ITALIA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

( Asegurados: 2.4% de los ingresos gravables.

( Empleadores: La contribución del empleador se compone de una cuota básica aproximadamente igual

( al 0.25% de los salarios y 6.6% en relación con

( los aumentos por costo de vida. La contribución

**Contribuciones:** ( básica incluye la que corresponde pagar por el seguro de tuberculosis y desempleo.

( Estado: No contribuye pero la Ley prevé la distribución eventual del costo a razón de 25% a cargo

( del asegurado, 50% a cargo del patrono y 25%

( a cargo del Estado.

**Edad límite:** 60 años para hombres y 55 para mujeres.

**Cuantía del beneficio:** El monto del beneficio incluye una pensión básica y varios suplementos. La pensión básica varía en relación con las contribuciones pagadas y el sexo, según escala porcentual del 20 al 45% para los hombres y del 20 al 35% para las mujeres, aplicables sobre los ingresos en forma escalonada.

Los suplementos por postergación del retiro, comprenden porcentajes crecientes por cada año. La bonificación por dependientes es de 10% por cada hijo. El monto máximo de la pensión es de 80%.

### JAPON

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

( Para asegurados y empleadores: 3% dividido en partes

( iguales entre el patrono y empleado; para mujeres

**Contribuciones:** ( 5.5% y para mineros 3.5%.

( Estado: 15% del costo de los beneficios y la totalidad

( de los gastos de administración.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Edad límite:** 60 años para hombres y 55 para mujeres. Se rebaja esta edad en algunas actividades como minería.

**Cuantía del beneficio:** Se fija en valores absolutos y se incrementa por hijos y antigüedad.

### LUXEMBURGO

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

#### Régimen Obrero.

( Asegurados: 5% hasta una suma determinada, contemplándose contribuciones adicionales para cubrir beneficios suplementarios en determinadas ocupaciones como mecánica, industria del acero, etc.

( Empleadores: 5% hasta cierto límite con igual contribución adicional tratándose de determinadas categorías de asalariados.

**Contribuciones:** ( Estado: Cubre la mitad de los gastos administrativos y además parte de las pensiones de invalidez y vejez. Simultáneamente, cualquier monto adicional para el pago de beneficios es cubierto por el Gobierno y en gran extensión los incrementos por costo de vida.

**Edad límite:** 65 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** Monto básico fijado en valores absolutos con incrementos por antigüedad sobre los salarios asegurados, hasta alcanzar un máximo de 80%. Hay también bonificación por hijos menores de 18 años y se contemplan reajustes por costo de vida.

#### Régimen de empleados:

( Asegurados: 5% de los salarios fijándose un límite para las contribuciones.

**Contribuciones:** ( Empleadores: 5% de los salarios.  
( Estado: Cubre la mitad de los gastos administrativos y parte de los reajustes por costo de vida.

**Edad límite:** 60 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** Pensión básica en cifras absolutas e incremento por antigüedad e hijos menores de 18 años.

### MEXICO

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

( Asegurados: 1.5% del sueldo o salario.

**Contribuciones:** ( Empleadores: 3% del sueldo o salario.

( Estado: 1.5% del sueldo o salario.

**Edad límite:** 65 años de edad.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Cuantía del beneficio:** Suma básica aproximada del 26% de los ingresos más un suplemento del 1% por cada contribución semanal después de las primeras 150. Por cada hijo menor de 16 años, el beneficio se incrementa en 10%. El monto máximo es de 85% de los ingresos promedios en los últimos 50 meses.

### NUEVA ZELANDIA

**Riesgos cubiertos:** Enfermedad, maternidad, desempleo, asignaciones familiares, invalidez, vejez y muerte.

( Existe una distribución proporcional de las siguientes contribuciones unificadas de Seguridad Social, con cargo a las cuales también se cubren los precitados riesgos ( con excepción de los accidentes de trabajo, pensiones ( de guerra y trabajadores del Estado.

( Asegurados: 7.5% en forma de impuestos sobre la renta.

**Contribuciones:** ( Empleadores: No existe contribución especial, pero las ( empresas pagan el mismo impuesto que corresponde a los asegurados.

( Estado: Cubre el déficit de Seguridad Social mediante ( subsidios del Presupuesto General. En el ejercicio ( 1952-1953, esta asignación fué aproximadamente ( del 24%.

**Edad límite:** 65 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** Se otorga en valores absolutos, previéndose sumas a tasas fijas para solteros, parejas matrimoniales, generalmente tratándose de la cónyuge también calificada. Existen además reducciones por ingresos personales y propiedades.

### NORUEGA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

( Asegurados: 1.2% como impuesto sobre la renta que ( grava a todas las personas entre los 18 y 70 años, ( dentro de ciertos límites de ingreso.

( Empleadores: No paga en esta calidad ninguna contribución, pero está afecto al impuesto de 1.2% que ( grava a las sociedades, otras compañías y empresas.

**Contribuciones:** ( Estado: La contribución estatal se fija anualmente. Par( ticipan también en la financiación del programa, las ( Comunas, que asumen el pago de 1/8 de los be( neficios fijados por leyes nacionales y el costo ( total de las pensiones más altas que aquellas es( tablecidas por leyes generales. Las Comunas están ( encargadas del pago de pensiones, pero su costo ( les es reembolsado por el Gobierno.

**Edad límite:** 70 años de edad.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Cuantía del beneficio:** El monto de la pensión es variable según la localidad de residencia del pensionista, pero en todo caso debe ser suficiente para cubrir el mantenimiento del beneficiario y sus dependientes. La gran mayoría de Comunas paga beneficios más altos, que los exigidos por la ley.

Sin embargo, se fijan mínimos legales variables tratándose de una sola persona o de un matrimonio y está sujeta a reducciones hasta del 60%, cuando el ingreso anual del pensionista excede al mínimo de pensión. Hay también suplementos por hijos menores de 16 años que es aproximadamente el 20%. El pago está sujeto a prueba de recursos y al retiro de toda actividad lucrativa.

### PANAMA

**Riesgos cubiertos:** Enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. El seguro de invalidez y vejez, consume aproximadamente el 7.6% de las rentas.

**Contribuciones:** (Asegurados: 4% del salario.  
(Empleadores: 4% del salario.  
(Estado: 0.8% e ingresos adicionales por impuestos su-  
mando un total aproximado de 1.1% de los salarios.

**Edad límite:** 60 años para hombres y 55 para las mujeres.

**Cuantía del beneficio:** 50% de los ingresos promedios más bonificaciones del 2% por cada año de contribuciones sobre las primeras 240 mensuales.

### PARAGUAY

**Riesgos cubiertos:** Enfermedad, maternidad, accidentes del trabajo, invalidez, vejez y muerte.

**Contribuciones:** (Asegurados: 5% de los salarios.  
(Empleadores: 10% de los salarios.  
(Estado: 1.5% de los salarios.

**Edad límite:** 60 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** 30% de los salarios promedios más el 1% por cada año adicional de antigüedad sobre los primeros 15. Si un pensionista continúa trabajando, el monto básico de la renta se incrementa en un 3% por cada 150 contribuciones semanales, abonadas como pensionistas.

## INFORMACIONES SOCIALES

### PERU

**Riesgos cubiertos:** Enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte.

( Asegurados: 3% de los salarios.

**Contribuciones:** ( Empleadores: 6% de los salarios.

( Estado: 2% de los salarios.

**Edad límite:** 60 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** 40% del salario o renta medics, más un 2% por cada 100 imposiciones semanales que tuviera el asegurado sobre las primeras 1,040. Se concede además una bonificación del 2% por la cónyuge y cada uno de los hijos menores de 14 años del pensionista. El beneficio máximo es del 60% y los incrementos familiares del 20%.

### POLONIA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

( Las contribuciones referidas al primer semestre del año (1954, eran aproximadamente las siguientes:

( Asegurados: No contribuyen.

**Contribuciones:** ( Empleadores: 5% como parte de una contribución uni-

( ficada que asciende en total al 15.5% de la nó-

( mina de trabajadores en las industrias nacionaliza-

( das, y 21% a 30% en la industria privada.

( Estado: Cubre los déficits.

**Edad límite:** Varía en relación con la actividad económica del asegurado fijándose así el límite de 60 años para hombres y 55 para mujeres, tratándose de trabajadores de minas e industrias especialmente árduas, y 65 para hombres y 60 para mujeres, para todas las otras actividades.

**Cuantía del beneficio:** 60% de los ingresos medios para trabajadores empleados en minas y ocupaciones penosas y del 40% para los restantes.

### PORTUGAL

**Riesgos cubiertos:** Enfermedad, maternidad, asignaciones familiares, invalidez, vejez y muerte.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Contribuciones:** ( Asegurados y Empleadores: Como quiera que funcionan distintos sistemas separados de previsión tanto en la industria como en el comercio, la contribución es determinada por pactos colectivos que deben ser aprobados por las autoridades de previsión. En promedio la contribución para el seguro de pensiones asciende al 8% de los ingresos, siendo la contribución total para todos los riesgos, del empleado del 5% y del empleador el 15%.  
( Estado: No contribuye.

**Edad límite:** 65 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** 20% de los ingresos por los 10 primeros años, más un incremento anual de 2% de la renta, por cada contribución anual sobre los 10 primeros años con un máximo de 80%.

## RUMANIA

**Riesgos cubiertos:** Enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo, invalidez, vejez y muerte.

**Contribuciones:** ( Asegurados: No contribuye.  
( Empleadores: Cubren el costo total del programa mediante cuotas variables del 5% al 9.9% en las industrias nacionalizadas y 10% en las empresas privadas.  
( Estado: No contribuye.

**Edad límite:** Varía según las distintas ocupaciones entre 50 y 60 años.

**Cuantía del beneficio:** Es también variable según las categorías de ocupación, fijándose entre 50% y 60%, más un 2% de incremento por cada año de trabajo sobre el mínimo exigido, hasta llegar a un 80% como máximo.

## REPUBLICA DOMINICANA

**Riesgos cubiertos:** Enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte.

**Contribuciones:** ( Asegurados: 2.5%.  
( Empleadores: 5%.  
( Estado: 1.5% y algunas otras aportaciones.

**Edad límite:** 60 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** 40% de los ingresos medios más incrementos por antigüedad.

## INFORMACIONES SOCIALES

### SUECIA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

( Asegurados: 1.8% de los ingresos sujetos a acotación  
( de impuestos sobre la renta. Se prevén además con-  
( tribuciones a tipo más alzado a fin de obtener más  
( elevadas tasas de pensión.

**Contribuciones:** ( Empleadores: No contribuyen.  
( Estado: Paga aproximadamente el 75% del costo del  
( programa con fondos del Presupuesto General. Las  
( Comunas pagan parte del costo de los suplemen-  
( tos de pensiones.

**Edad límite:** 67 años de edad. No funciona la prueba de recursos tratándose de pensiones básicas, pero para los suplementos de vivienda se opera esta condición en términos variables según el lugar de residencia. Así mismo para el beneficio de las amas de casa, funciona la reducción por ingresos personales.

**Cuantía del beneficio:** El monto de pensiones varía de acuerdo al estado civil del beneficiado. Se complementa la prestación con un subsidio por habitación, variable según la localidad de residencia. Se contempla además rentas para las amas de casa a los 60 años o más pero en todo caso a edad inferior a los 67.

### SUIZA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

( Asegurados: 2% tratándose de asalariados.  
( Empleadores: 2% de los salarios.

**Contribuciones:** ( Estado: Contribución anual de carácter variable. La  
( Confederación paga 2/3 de la misma y las Comu-  
( nas 1/3.

**Edad límite:** 65 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** La pensión ordinaria varía tratándose de personas solteras, en relación con las contribuciones anuales pagadas; para un matrimonio, el monto es igual al 160% de pensión simple.

### TURQUIA

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Contribuciones:** ( Asegurados: 4% del salario.  
( Empleadores: 4% del salario.  
( Estado: No contribuye.

**Edad límite:** 60 años de edad.

**Cuantía del beneficio:** 20% del total de contribuciones obrero-patronales.

## UNION SOVIETICA

**Riesgos cubiertos:** Enfermedad, maternidad, invalidez, asignaciones familiares, vejez y muerte.

**Contribuciones:** ( Asegurados: No contribuyen.  
( Empleadores: Contribución variable del 3% al 10.7%  
( de los salarios según los distintos tipos de industria.  
( Estado: No contribuye.

**Edad límite:** Variable según el tipo de ocupación entre 50 y 60 años.

**Cuantía del beneficio:** Es asimismo variable según categorías de ocupación entre 50 y 60% de los salarios. Se contemplan suplementos en algunas actividades laborales.

## URUGUAY

**Riesgos cubiertos:** Invalidez, vejez y muerte.

**Régimen del Comercio y la Industria.**

**Contribuciones:** ( Asegurados: 5% más una cotización adicional destinada al reconocimiento de los servicios prestados por el asegurado con anterioridad, a su ingreso a empleo cubierto.  
( Empleadores: 9% de los salarios, más un impuesto sobre planillas del 2%, en aquellas industrias donde el impuesto sobre la renta no es practicable.  
( Estado: Ingresos provenientes de distintos impuestos, incluyéndose el que grava las rentas en un 3%.

**Edad límite:** 50 años para pensiones completas y para reducidas 60 años. Cuando el retiro se produce por desempleo involuntario, se reduce la edad límite a 40 años, exigiéndose el registro de solicitante en las oficinas de empleo. Todos los beneficios se pagan a condición de retiro.

**Cuantía del beneficio:** El monto de la pensión completa se gradúa de acuerdo a escala especial, según ingresos, como que com-

## INFORMACIONES SOCIALES

prende el 100% para quien gana \$ 50.00 o menos pesos, al 63% para quienes obtienen remuneraciones de 400 pesos y porcentajes menores en proporción a las mayores remuneraciones.

### **Régimen Agrícola y Servicio Doméstico.**

**Contribuciones:** ( Asegurados: La contribución es opcional y equivalente al 5% de los ingresos de 35 pesos al mes, más una tasa extra para determinado tipo de personal supervisor.  
( Empleador: Contribuye a través de impuestos especiales.  
( Estado: Contribuye a través de impuestos especiales.

**Edad límite:** 60 años siempre que el pensionista cese en actividad lucrativa.

**Cuantía del beneficio:** El monto de la pensión es de 2.5% anual de los ingresos promedios en los últimos 15 años.

## YUGOESLAVIA

**Riesgos cubiertos:** Enfermedad, maternidad, desempleo, asignaciones familiares, invalidez, vejez y muerte.

**Contribuciones:** ( Asegurados: No contribuyen.  
( Empleadores: 25.1% de los salarios.  
( Estado: No contribuye.

**Edad límite:** 55 años para hombres y 50 para mujeres.

**Cuantía del beneficio:** 50% de los ingresos de los primeros 15 años, más un 2% de incremento por cada año entre 15 y 20, más 3% por cada año de ahí en adelante. En el caso de aseguradas el aumento por antigüedad a partir de los 20 años en adelante, es de 4%. La pensión máxima es del 100%.

— «O» —

## *Boletín Institucional*

### **XIII PROMOCION DE ENFERMERAS DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL**

Con fecha 10 de marzo, tuvo lugar en el Salón de Actos del Hospital Obrero de Lima, la ceremonia de entrega de diplomas a la Décimatercera Promoción de Enfermeras "Pío XII", integrada por 27 nuevas profesionales, que han egresado de la Escuela de Enfermeras, después de tres años de intensos estudios y prácticas de perfeccionamiento.

Concurrieron a la ceremonia, el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, General de Sanidad Alberto López Flores, el Director-Generente de la Caja, señor Ernesto Zapata, el Superintendente General de Hospitales de la Caja Nacional de Seguro Social, doctor Guillermo Almenara, el Director del Hospital Obrero de Lima, doctor Juan Phillips, la Directora de la Escuela de Enfermeras, Reverenda Madre Cristóforis, personalidades científicas, asistentes sociales, estudiantes y público en general.

El acto se inició con el Himno Nacional, habiendo hecho uso de la palabra a continuación el doctor Guillermo Almenara, quien expresó su satisfacción por esta ceremonia de graduación, y haciendo un recuento general de las principales actividades desarrolladas, remarcó que "está ya plasmada en la conciencia de los pueblos organizados, la necesidad de enfermeras debidamente preparadas para su servicio, así como cada día es mayor la necesidad de elevar aún más el rango y las funciones de responsabilidad de dichas profesionales".

A continuación la señorita Elsa de la Riva, pronunció emocionadas frases de despedida, expresando el agradecimiento de la Promoción "Pío XII" a las autoridades de la Caja, por las numerosas facilidades que se les había proporcionado durante su formación profesional.

Dando término a la ceremonia, el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Presidente del Consejo Directivo de la Caja de Seguro Social Obrero, General de Sanidad Alberto López Flores, hizo uso de la palabra destacando la delicada función que le corresponde a las enfermeras.

## INFORMACIONES SOCIALES

PRESTAMOS OTORGADOS POR EL FONDO  
DE EMPLEADOS

Insertamos a continuación la relación de servidores de la Institución, que han obtenido préstamos para la construcción, ampliación, reconstrucción o compra de viviendas destinadas a casa-habitación:

**Sesión de 1º de marzo de 1956**

	<b>Monto</b>
Sr. Augusto Barzola Hidalgo .. . . . .	S/. 150,000.00
Ingº Henry Biber Poillevard .. . . . .	,, 113,585.98
Sra. Nora Cafferata de Gonzáles .. . . . .	,, 38,902.16
„ Felicity Durand de Alarcón .. . . . .	,, 43,302.06
Srta. Bertha Dietz de Hurtado .. . . . .	,, 36,156.12
Sr. Oswaldo Fernández Martins .. . . . .	,, 40,000.00
Srta. Virginia Fernández del Valle .. . . . .	,, 26,430.58
„ Luzmila Ferrer Cáceres .. . . . .	,, 41,939.44
Sr. Alberto Iturizaga Galarreta .. . . . .	182,174.44
„ Luis Miranda Ferro .. . . . .	,, 68,650.87
„ Alfonso Nájjar Bartra .. . . . .	,, 50,000.00
„ Alfonso Serpa Vargas .. . . . .	,, 87,373.83
Srta. Olga Valverde Beraún .. . . . .	,, 44,623.07
„ Elcira Barrantes Centurión .. . . . .	,, 54,920.70
„ Rosario Pardavé García .. . . . .	,, 25,400.82
Sr. Fernando Rodríguez Grey .. . . . .	,, 39,318.23
„ Armando Cáceres Medrano .. . . . .	,, 108,000.00

**Aplicaciones**

Dr. Guillermo Kaelin de la Puente .. . . . .	S/. 50,000.00
„ Victoriano Sáenz Ruiz .. . . . .	,, 59,580.63
Sr. Félix Echazú Rueda .. . . . .	,, 7,000.00
„ Julio Marqui Revilla .. . . . .	,, 6,800.00
„ Andrés Oropesa Egoavil .. . . . .	,, 6,689.18

**MOVIMIENTO DE ASEGURADOS DURANTE 1955**

Publicamos seguidamente, un cuadro proporcionado por nuestro Departamento de Afiliados, que nos muestra el movimiento de la población asegurada durante el año 1955, en las diversas zonas afectas a la acción asistencial de la Caja.

Sobre un total general de 395,943 asegurados activos en las trece circunscripciones comprendidas en el Seguro Social Obrero, la zona de Lima cuenta con 191,556 asegurados activos; cifra ligeramente inferior al 50% del conjunto de afiliados. En orden a su mayor volumen de población asegurada, siguen las zonas de Chiclayo, Chancay y Arequipa, con 35,105, 29,180 y 19,365 asegurados, respectivamente.

Se ha registrado un total de 55,001 nuevas inscripciones, correspondiendo 26, 025 a la zona de Lima, es decir algo más del 50%; siguiendo la de Chiclayo con 4,974 y la deChancay con 4,434.

Cabe señalar que se ha canjeado un total de 320,770 libretas, de las cuales 155,710 lo han sido en Lima, siguiéndole en importancia nue-



BICENTENARIO  
PERÚ 2021



SECRETARÍA GENERAL  
Oficina de Servicios de la Información  
Archivo Central



Vista de las señoritas enfermeras integrantes de la Promoción "Pío XII".

**INFORMACIONES SOCIALES**

vamente la zona de Chiclayo y luego la de Chancay, con 28,265 y 22,954, respectivamente.

Anotamos asimismo, 9,734 reintegros de asegurados en Lima, sobre un total de 20,074 en el año 1955.

Se han inscrito 10 facultativos domésticos (15 en Lima y uno en el Callao); así como 82 inválidos recuperados.

<b>Zona</b>	<b>Dupli- cado</b>	<b>N. I.</b>	<b>Canje</b>	<b>Rein- gresos</b>	<b>F. D.</b>	<b>I. R.</b>	<b>Total A. C.</b>
Lima . . .	2,256	26,025	155,710	9,734	15	72	191,556
Piura . . .	99	1,355	7,844	590	—	—	9,789
Chiclayo .	694	4,974	28,365	1,766	—	—	35,105
Chocope .	82	1,497	14,891	798	—	—	16,914
Trujillo ..	211	1,574	7,847	798	—	—	10,219
Chancay ..	332	4,434	22,954	1,792	—	—	29,180
Yauli . . .	1,298	4,383	13,321	791	—	—	18,495
Cañete . .	245	1,646	12,083	712	—	1	14,442
Callao . .	206	1,882	14,215	276	1	3	16,827
Chincha .	99	1,237	8,968	373	—	—	10,578
Ica . . .	204	2,002	13,147	657	—	2	15,808
Pisco . . .	120	899	6,131	635	—	—	7,655
Arequipa .	181	3,093	15,294	976	—	2	19,365
<b>TOTAL .</b>	<b>6,028</b>	<b>55,001</b>	<b>320,770</b>	<b>20,074</b>	<b>16</b>	<b>82</b>	<b>395,943</b>

— o O o —

# Información Nacional

## PRIMER SEMINARIO DE SERVICIO SOCIAL

Para discutir los problemas de la profesión, estudiar sus nuevas técnicas y coordinarla en sus funciones con las profesiones similares, la Asociación de Asistentas Sociales organizó el Primer Seminario Nacional de Servicio Social enter el 13 y 24 de marzo del presente año.

Reunió este certamen a numerosas asistentas sociales de la capital y provincias para deliberar sobre los cuatro puntos siguientes del temario:

- a.—Administración de los organismos de Servicio Social;
- b.—Coordinación y aprovechamiento por el servicio social, cuerpos directivos, públicos y privados, personal voluntario, auxiliares y profesionales conexas;
- c.—Interrelaciones profesionales con instituciones públicas y partitulares; y
- d.—Principios del Servicio Social Peruano.

### **Fueron objetivos del Seminario:**

- 1.—Cristalizar ideas acerca de los fines del Servicio Social;
- 2.—Desarrollar el criterio que se emplea en la administración de instituciones de este servicio;
- 3.—Explorar áreas de necesidad en servicio social que no sean atendidas actualmente o adecuadamente por los programas existentes; y
- 4.—Experimentar planeamiento en grupo y familiarizarse con los métodos de trabajo en conjunto, con un acercamiento para bosquejar un proceso de actividades futuras.

Enfocó subsidiariamente, este Seminario, la necesidad de vincularse con profesionales como las enfermeras de salud pública, visitadoras sanitarias, educadoras rurales y familiares, además de fortalecer las relaciones y sistemas de trabajo entre las mismas profesionales para evitar la duplicidad en el mismo.

En este certamen, que es el primero en su género que se realiza en el país se consideró en forma especial, la extensión de los servicios de asistencia social a otras áreas no atendidas, o atendidas parcialmente por los programas existentes, tales como los medios rural e indígena.

Este importante certamen, después de diecinueve sesiones de trabajo, discusiones y enumeración de principios, aprobó dieciséis conclusiones, entre ellas las que a continuación se indican:

El servicio social es un trabajo profesional que responde a una filosofía propia, que requiere la conducción consciente de su ejercicio profesional y discriminatoria de los problemas del asistido, la persona, gru-

## INFORMACIONES SOCIALES

po o comunidad, siendo necesario un conjunto de conocimientos sociológicos y una capacitación técnica integral, para proceder a la solución adecuada de los problemas.

La orientación del personal es fundamental y requiere técnicas apropiadas para estimular su desenvolvimiento técnico y administrativo.

Establecimiento de formas de coordinación e interrelación de los servicios sociales, mediante el planeamiento de un sistema destinado a evitar pérdida de tiempo en trámites morosos y lograr una mejor atención de los asistidos.

Solicitar la participación conjunta de las entidades particulares, semioficiales y oficiales en la organización de los consejos de obras sociales. La necesidad de elaborar un código de ética, correspondiendo su estricto cumplimiento a la Asociación Nacional de Asistentas Sociales.

### LA POLÍTICA ECONOMICA GENERAL DEL PAIS Y LA F. A. O.

En la última Conferencia de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (F.A.O.) los países miembros han acordado, en principio, reforzar las actividades de la Organización para el fomento del consumo mundial de alimentos y dirigir sus principales esfuerzos, no ya simplemente de aumentar la producción agrícola, sino también a mejorar la productividad, incrementando los rendimientos por hectáreas y por trabajador, y disminuyendo los costos unitarios.

Esta Conferencia ha otorgado un énfasis especial a los problemas de nutrición, habiendo aprobado un cambio fundamental en la orientación de los trabajos de la F. A. O. para los años 1956-57 en los que se harán estudios de alimentación popular, de economía doméstica, de educación del consumidor, de los costos de distribución de los productos agrícolas en los mercados nacionales e internacionales y de los medios para abaratar los precios de los artículos de consumo. Este cambio en la política de la F. A. O. ha sido debido a que en los últimos años han aparecido la superproducción agrícola que han creado los excedentes de ciertos productos agropecuarios en algunos países, mientras que en otros no se ha dispuesto de un suficiente abastecimiento. Esto pues ha dado lugar a que se haya planteado un cambio en el tratamiento del problema y en las labores de la Organización en los próximos años.

El propósito de la nueva política —coordinar la producción con el consumo— ha de procurar una feliz solución a los graves problemas de nutrición y de salud que subsisten en muchos países del mundo.

Es interesante remarcar que tal política ha sido implantada ya en el país, desde 1951, fecha en que se preparó un Plan de Fomento de la Producción de Alimentos que ha estado en ejecución desde entonces, permitiendo conjurar la crisis alimenticia primero y asegurar un relativo auto-abastecimiento de productos.

La política económica general peruana, se ha basado en la libertad de empresas, de comercio y de cambio, que ha favorecido un mejoramiento de la producción tendiéndose a la elevación de los niveles de vida de la colectividad.

Se han estado elaborando y se elaboran actualmente estudios sobre alimentación nacional e iniciado campañas de educación del consumidor, perfeccionado los sistemas de almacenamiento y transporte, comenzado

## INFORMACIONES SOCIALES

la práctica del crédito agrícola supervisado, la tecnificación de la agricultura y una política general de fomento de esta producción por intermedio del Banco de Fomento Agropecuario y del Servicio Cooperativo Interamericano de Producción de Alimentos, en colaboración con el Ministerio de Agricultura.

Estos planes se continúan en la actualidad hacia su objetivo final que es el de establecer las condiciones básicas de sustento del pueblo peruano. El mayor desarrollo que pueda conseguirse requiere como condición previa la creación de una agricultura próspera y la existencia de un pueblo sanamente constituido y bien alimentado.

### ACTIVIDADES DE LA "CAJA MUTUAL GUADALUPANA"

La Caja Mutual Guadalupana, primera institución mutual establecida en un plantel de educación nacional y que se creara en el mes de octubre de 1951, cuenta en la actualidad con cerca de 200 afiliados entre profesores y alumnos del Colegio Nacional de Nuestra Señora de Guadalupe, que perciben determinados beneficios en los riesgos de invalidez y muerte, gozando también de préstamos en efectivo y mercaderías.

La entidad posee actualmente un capital de S/. 160,000.00 formado en base a una cuota mensual permanente reembolsable de S/. 20.00 de los asociados, que abonan también en forma extraordinaria otra de S/. 30.00.

La primera cotización, en realidad, constituye el fondo económico de la institución, y sirve para que se efectúen los préstamos a los socios que tengan cuando menos 6 meses como afiliados. Estas cuotas son devueltas al beneficiario en caso de retiro voluntario, conjuntamente con las utilidades que se hayan devengado.

La cuota extraordinaria se recaba con carácter obligatorio entre todos los asociados cuando uno de los miembros de esta Institución queda invalidado por el trabajo o fallece obteniéndose con el aporte de todos un monto de S/. 6,000.00, aproximadamente, que son entregados al afiliado incapacitado en caso de enfermedad o a las personas que éste haya designado previamente en comunicación en sobre cerrado, al producirse su muerte.

En el curso del presente año la Organización pondrá en funcionamiento una cooperativa que proporcionará a los profesores y empleados de este plantel, artículos de uso diario al precio de costo.

### BENEFICIOS SOCIALES PARA TRABAJADORES PORTUARIOS

Con fecha 3 de febrero último, el Gobierno ha dictado una Resolución y dos Decreto Supremos referentes al pago de indemnizaciones a los trabajadores marítimos, al cómputo de indemnizaciones por tiempo de servicios a los estibadores del Callao y al pago de compensación por tiempo de servicios a que tienen derecho los guardianes marítimos del Cabotaje Mayor del Callao.

La Resolución considera como fecha de martícula para los tarjadores marítimos la que aparece de su inscripción en los libros de la Capitanía del Puerto del Callao que se encuentran en la Comisión Controla-

## INFORMACIONES SOCIALES

dora del Trabajo Marítimo, indicándose que la antigüedad de los tarjadores que no sea mayor al año 1928, será acreditada ante el Inspector Regional de Trabajo del Callao si el contrato estuviere vigente, o ante el Juez de Trabajo si se ha rescindido. Se fija en dicha resolución un plazo de 12 meses contados a partir de la fecha de la misma, para que las diferentes empresas verifiquen los empoques conforme a los porcentajes que corresponden a cada una por el período comprendido entre 1928 y 1943, de acuerdo con el monto indemnizatorio fijado. Se establece también que los herederos de los tarjadores fallecidos tienen expedito su derecho para reclamar ante las autoridades competentes aún en el caso de que las empresas no hubiesen terminado de hacer los depósitos correspondientes.

Uno de estos decretos establece que los estibadores del Callao percibirán como indemnización por tiempo de servicios, el resultado de multiplicar la vigésima cuarta parte del monto de los salarios que les pagaron todos los empleadores durante su último año de labor cumplido al 21 de diciembre por el número de años de trabajo, considerándose como un año la fracción de tres meses que hubiere en su tiempo de servicios. También señala la manera como deben contribuir al pago de dichas indemnizaciones cada uno de los empleadores que haya tenido el estibador, fija el monto y la forma en que deben aquellos hacer sus depósitos contemplando las sanciones en caso de incumplimiento.

Por último, el segundo decreto señala las pautas para que los guardianes marítimos del Cabotaje Mayor puedan obtener sus beneficios indemnizatorios, reglamenta también el monto de estos depósitos y dicta normas para que la Comisión Controladora del Trabajo Marítimo haga cumplir las disposiciones que dicho documento contiene.

### NUEVO SISTEMA DE PROTECCION A LOS MIEMBROS DE LOS INSTITUTOS ARMADOS

Con fecha 2 de febrero del presente año, ha sido promulgada por el Poder Ejecutivo, la Ley N° 12633 destinada a amparar a los miembros de las Fuerzas Armadas, atacados de tuberculosis o de cualesquiera otra dolencia de largo tratamiento, que los incapacite para continuar prestando servicios.

**Campo de aplicación.**—Comprende a los Oficiales Generales, Superiores o Subalternos, Maestros, Oficiales de Mar, Sub-Oficiales, Individuos de Tropa, especialistas a sueldo de los Institutos Armados, (Ejército, Marina, Aviación, de la Guardia Civil, Guardia Republicana y miembros del Cuerpo de Investigaciones y Vigilancia). Están igualmente afectados los Oficiales de Reserva en servicio activo reconociéndoseles los períodos de instrucción mientras gocen de licencia, hasta el máximo de dos años.

Por último, se encuentran comprendidos también, los cadetes, los alumnos de las escuelas de formación de especialistas y los individuos de Tropa de los Institutos Armados y Fuerzas Auxiliares del Ramo de Gobierno que no gocen de sueldo.

**Beneficios.**—Mediante esta Ley los miembros de los Institutos Armados antes señalados, en caso de ser atacados por tuberculosis en cualesquiera de sus formas o de otras dolencias que les impidan continuar

## INFORMACIONES SOCIALES

prestando servicios, gozarán de períodos sucesivos de licencia, de tres meses cada uno, hasta dos años como máximo, con el fin de atender a su total recuperación. Durante esos períodos, percibirán el sueldo básico, asignaciones, gratificaciones, bonificaciones, racionamientos y demás abonos de carácter permanente inherentes de los que se perciben por razón de empleo.

Tratándose de los cadetes, alumnos de escuelas de especialistas e individuos de Tropa de los Institutos Armados y Fuerzas Auxiliares que sufran estas dolencias, serán internados en Sanatorios o centros asistenciales militares que indique la Dirección de Servicio de Sanidad respectiva, hasta el plazo máximo de dos años, contados a partir del día de internamiento, sin considerar la fecha que deban ser dados de baja por tiempo cumplido, percibiendo las correspondientes propinas hasta el lapso de tiempo señalado. Transcurridos los dos años y si el paciente no se recupera de la enfermedad, se procederá como sigue:

a).—Si es Oficial General, pasará según el caso, a la situación de disponible o de retiro, previo informe técnico de la Dirección de Sanidad correspondiente, con los goces que la ley le concede;

b).—Si es Oficial Superior o Subalterno, será sometido al Consejo de Investigación o a la Junta de Sanidad si es especialista equiparado a Oficial, a fin de que estos Organismos dictaminen su pase a la disponibilidad o retiro, según el grado de su enfermedad, previo peritaje médico;

c).—Si es Maestro, Oficial de Mar, Sub-Oficial o Individuo de Tropa especialista a sueldo, será dado de baja del servicio, previo informe de la División de Servicio de Sanidad respectiva, percibiendo las remuneraciones a que tenga derecho;

d).—Si se trata de cadetes, alumnos de las escuelas de especialistas, o individuos de Tropa, sin sueldo, serán dados de baja, previo informe de la Dirección de Sanidad correspondiente, continuando bajo vigilancia médica, proporcionándoseles en forma gratuita los medicamentos del tratamiento ambulatorio, salvo aquellos casos que el Servicio de Sanidad considere indispensable mantener la hospitalización por más tiempo; y

e).—Las personas reseñadas en los parágrafos b) y c) que después de dos años de tratamiento, fueran declaradas incurables, no contando con 30 años de servicios, gozarán de una pensión de invalidez igual al monto de su haber básico, pero sólo causarán montepío para sus deudos en función al número de años de servicios prestados. Los individuos de Tropa, sin sueldo percibirán una pensión mensual de invalidez de S/. 300.00.

**Requisitos exigidos.**—Para el goce de los beneficios enunciados se contempla las siguientes condiciones:

1º—Que la enfermedad o dolencia se haya manifestado después de seis meses de ingreso al servicio, salvo los casos de accidentes en el curso del mismo; y

2º—Que la Dirección del Servicio de Sanidad respectiva, informe detalladamente acerca de la naturaleza del mal y de la necesidad de la licencia.

Los enfermos deberán permanecer en el Sanatorio, Hospital o lugar que se les señalen, bajo la inmediata vigilancia y control del Servicio de Sanidad respectiva.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Prestaciones Asistenciales.**—Durante el período mencionado, el Estado proporcionará en forma gratuita, el tratamiento médico-quirúrgico y medicamentos a las personas comprendidas en esta ley que se encuentren atacadas de tuberculosis, o de dolencias contraídas a consecuencia directa del servicio, salvo los casos excepcionales en que el Servicio de Sanidad considere necesario prolongar dicho tratamiento.

No tratándose de tuberculosis ni de dolencias provocadas en el servicio, los gastos de tratamiento médico y curación estarán a cargo del interesado excepto los individuos de Tropa que serán amparados en todo caso por el Estado.

Por último, los miembros de los Institutos Armados que hubiesen enfermado de tuberculosis por razón directa del servicio y que con tal motivo han sido dados de baja del mismo antes de la dación de esta ley, se acogerán a todos los beneficios que ella contempla.

### INDICE DEL COSTO DE VIDA EN 1955

De acuerdo con las cifras de la Dirección Nacional de Estadística, el índice de costo de vida en diciembre de 1955, era de 695.6, calculado en relación con el Índice básico del período 1934 — 1936 = 100 experimentando un aumento de 4.43% frente al año 1954 que si bien es apreciable, resulta el más bajo registrado en muchos años, como se observa a continuación:

A fin de año	Índice	% de aumento
1948	391.0	8.64
1949	464.0	18.67
1950	508.0	9.48
1951	548.0	7.87
1952	585.0	6.75
1953	635.4	8.61
1954	666.1	4.83
1955	695.6	4.43

El aumento acumulado desde 1948 hasta 1955, es de 77.9%, proporción de la cual corresponde más de la mitad, o sea 40.1%, a los tres primeros años; en los cuatro años siguientes, 1951-1954, el índice ha subido en 26.9% y sólo en los dos últimos años 1954-1955, el incremento ha sido de 9.4%.

El siguiente cuadro muestra las variaciones ocurridas por cada uno de los índices particulares que constituyen el Índice del Costo de Vida.

Índice	Fin de 1948	Fin de 1955	% de Aumento
Alimentación	439	862.1	96.3
Habitación	302	355.0	17.5
Indumentaria	427	675.5	58.2
Diversos	293	510.0	74.1
<b>Total:</b>	<b>391</b>	<b>695.6</b>	<b>77.9</b>

## INFORMACIONES SOCIALES

Observamos que el costo de la alimentación casi se ha duplicado en los últimos 7 años; el de la habitación (referido a alquileres antiguos y a familias de modesta condición), sólo ha aumentado en una sexta parte; el de la indumentaria se ha elevado casi en seis décimos y el rubro diversos, bienes y servicios no incluidos en los grupos anteriores, ha aumentado en tres cuartas partes.

### COMISION QUE ESTUDIARA POSIBLE RATIFICACION DE CONVENIOS INTERNACIONALES DE TRABAJO

El Supremo Gobierno, considerando que la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo establece la obligación de los Estados Miembros de someter a las autoridades competentes los Convenios y Recomendaciones adoptados por la Conferencia, ha dictado con fecha 5 de marzo en curso la Resolución Suprema N° 12 "D. T.", por la que se dispone la formación de una Comisión que efectuará el análisis comparativo entre la legislación nacional y los Convenios y Recomendaciones aprobados por el Perú, en orden a su posible ratificación.

La citada Resolución establece, además, que la Comisión estará constituida por un representante del Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas; un funcionario de la División de Legislación de la Dirección General del Trabajo; un representante de la Caja Nacional de Seguro Social y uno del Cuerpo Organizador del Seguro Social del Empleado. Este organismo, tendrá autoridad para solicitar a las reparticiones públicas correspondientes, las informaciones que requiera en orden a la misión que se le encomienda.

### CAMPAÑA DE VACUNACION CON B. C. G.

Durante el año 1955, el Comité Peruano de Socorro a los Niños ha desarrollado una intensa campaña de vacunación antituberculosa en diferentes planteles escolares de Lima y Balnearios, alcanzando a 264 escuelas de ambos sexos con un total de 94,548 alumnos matriculados, de los cuales han sido examinados 72,438 por los diversos profesionales al servicio del Comité.

La comprobación del estado de salud alcanzó a 66,031 niños, revelando que han logrado una inmunidad en la elevada proporción de 78%, gracias a la sistemática labor de vacunación desarrollada en escuelas, maternidades, hospitales, etc. desde el año 1950.

En 1955 se ha inoculado el suero de Calmette-Guerin o B. C. G., a 12,689 alumnos, cifra algo inferior a la registrada en 1954, pese a haber sido mayor el número de los sometidos a prueba general. Se explica la reducción por el satisfactorio aumento anotado en los índices de inmunización, como consecuencia de una intensa y sistemática campaña.

Se ha tomado 45,195 fotografías, resultando sospechosos de afecciones respiratorias 1,123 niños, quienes fueron remitidos a los dispensarios antituberculosos respectivos, para exámenes y controles más detenidos.

Cabe destacar que el Comité cuenta con la colaboración del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para los altos fines que per-

## INFORMACIONES SOCIALES

sigue, por intermedio de su Departamento de Epidemiología de la División de Tuberculosis. Ofrecemos seguidamente el cuadro general demostrativo de la actividad desarrollada durante el año 1955:

	Lima	Balnearios	Rímac	Total
Inscritos	50,394	24,461	19,693	94,548
Examinados	37,687	19,384	15,367	72,438
Positivos	26,911	12,740	11,841	51,492
Negativos	6,462	5,555	2,522	14,539
Sin lectura	4,314	1,089	1,004	6,407
Ausentes	12,707	5,077	4,526	22,110
Roentgen Fotog.	20,929	14,787	9,479	45,195
Sospechosos	511	375	237	1,123
Sin fotoroentgen	2,242	1,521	437	4,000
Vacunados BCG	5,816	4,839	2,214	12,869

### PROXIMA EXHIBICION DE LIBROS SOBRE LOS SERVICIOS SOCIALES BRITANICOS

Por iniciativa del Consejo Británico y con la colaboración de la Caja Nacional de Seguro Social Obrero, se realizará en nuestra Capital, entre el 18 y 27 de abril próximo, una exhibición de libros y revistas sobre los servicios sociales ingleses.

Con esta exposición se tendrá la oportunidad de apreciar las valiosas fuentes bibliográficas relativas a este aspecto en la Gran Bretaña, cuya historia cubre una evolución de más de 300 años, habiendo alcanzado a la fecha un positivo grado de perfección y adelanto.

La exhibición comprende numerosas obras que están agrupadas dentro de los siguientes epígrafes: Servicios Sociales en general, Seguro Social, Seguridad Social, Servicios de Salud, Rehabilitación de Inválidos, Educación, Cuidado Infantil, Servicios Juveniles, Atención a la Vejez, Servicios para la Comunidad, Servicios para el Trabajador, Guías Ciudadanas, Rehabilitación de los Delincuentes e Insociales, etc.

El programa a realizarse es el siguiente: día 18 de abril, inauguración de la exposición y conferencia del señor Jorge A. Valcárcel, sobre los Servicios Sociales Británicos; día 23 de abril, proyección de cintas sobre la Educación en Gran Bretaña, comentarios del doctor José Paz Garay; día 27 de abril, clausura de la exposición y disertación del doctor Eduardo Rosales Puente sobre: En torno a la obra de Charles Both: "Vida y trabajo de la gente de Londres".

Las conferencias y proyecciones fílmicas se efectuarán en el local de la Asociación Cultural Peruano-Británica.

# Información Extranjera

## OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO

### Ratificación de Convenios Internacionales.

Con fecha 7 de noviembre de 1955, el Director General de la O.I.T. ha registrado la ratificación por parte de Bulgaria de los cuatro convenios internacionales siguientes: sobre la revisión de los artículos finales, 1946; sobre cláusulas de trabajo, 1949; protección del salario, 1949; e igualdad de remuneración, 1951.

Asimismo, con fecha 29 del mismo mes, registró la confirmación por Egipto, del convenio sobre trabajo forzoso, 1930.

El 16 de diciembre de 1955, el Director General recibió la ratificación por Israel del convenio sobre norma mínima de seguridad social 1952, únicamente de las partes V, VI y X.

### Declaración de Convenios.

El Director General de la O.I.T. con fecha 15 de noviembre de 1955, ha recibido una declaración según la cual Francia se compromete a aplicar el convenio sobre los métodos para fijación de salarios mínimos (agricultura) 1951, en los departamentos franceses de ultramar de Guadalupe, Guayana, Martinica y en la isla de Reunión.

Con fecha 12 de diciembre de 1955, el Gobierno de Bélgica registró una declaración por la que se compromete a aplicar al Congo Belga y a los territorios no metropolitanos de Ruanda-Urundi, las disposiciones sobre el derecho de asociación (agricultura) 1921.

### 130a. Reunión del Consejo de Administración.

Entre los días 15 y 18 de noviembre de 1955, el Consejo de Administración de la O.I.T. celebró su 130a. reunión en la ciudad de Ginebra, bajo la presidencia del Sr. A.H. Brown, del Canadá, asistiendo los respectivos delegados del grupo gubernamental, de los empleadores, trabajadores, miembros adjuntos y observadores de distintos organismos internacionales.

El Consejo examinó el informe solicitado sobre discriminación en

## INFORMACIONES SOCIALES

materia de empleo y ocupación y consideró la conveniencia de completarlo y precisar algunos puntos.

El Consejo señaló el día 5 de junio de 1957, como fecha de apertura de la 40a. reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, aprobando el orden del día siguiente con cargo a su sanción por la Conferencia en su 39a. reunión: 1º Memoria del Director General; 2º Cuestiones financieras y de presupuesto; 3º Informes y memorias sobre aplicación de convenios y recomendaciones; 4º Trabajo forzoso (segunda discusión); 5º Descanso semanal en el comercio y en las oficinas (segunda discusión); 6º Condiciones de vida y de trabajo de las poblaciones indígenas en los países independientes (segunda discusión); 7º Discriminación en materia de empleo y ocupación; 8º Condiciones de empleo de los trabajadores de las plantaciones.

Igualmente, el Consejo estudió diversas comunicaciones e informes remitidos por las Comisiones nombradas para estos fines.

Por último, aprobó que la 131ª Reunión del Consejo de Administración, se celebrará entre el 6 y 10 de marzo de 1956, en la ciudad de Ginebra.

### ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

#### Sexta Reunión de la Mesa Directiva.

La nueva Mesa Directiva de la Asociación, se reunió en México el 5 de diciembre de 1955, bajo la Presidencia del Sr. Renato Morelli. El orden del día fué el siguiente:

- 1º Agenda de la XIII Asamblea General; nombramiento de ponentes.
- 2º Designación del Presidente del grupo de la CECA.
- 3º Nominación del grupo de trabajo sobre los acuerdos de reciprocidad.
- 4º Reunión Regional de Asia.
- 5º Programa futuro de las comisiones permanentes.
- 6º Asuntos varios.

#### XIII Asamblea General de la AISS.

Por acuerdo adoptado por la Mesa Directiva en su sexta reunión celebrada en México, la próxima Asamblea General se realizará en la ciudad de Londres, en 1958. Provisionalmente se ha señalado el siguiente temario:

- a) Desarrollos recientes de la seguridad social;
- b) Seguro de Enfermedad;
- c) Política de inversión de capital de los organismos de seguridad social;
- d) Seguro de vejez.

Para el punto a) los señores L. Van Maele, de Bélgica y Alfredo Malet, de Chile, fueron designados ponentes sobre Desarrollos de la seguridad social en Europa, Asia y Africa, y América, respectivamente.

El estudio del Seguro de Enfermedad se ha encomendado a cuatro

## INFORMACIONES SOCIALES

grupos de trabajo, que abordarán las siguientes cuestiones: asistencia médica y odontológica, medicamentos, hospitalización y financiamiento.

Para el punto c), relativo a Política de inversión de capital de los organismos de seguridad social, fueron designados los señores Fernández Plá de Cuba y G. Lotan de Israel.

Cuanto el último punto, referente al Seguro de Vejez, se ha nominado al señor A. Saxer de Suiza, como primer ponente; habiendo quedado pendiente el nombramiento del segundo ponente.

### Programa futuro de las Comisiones Permanentes

En su sexta reunión, la Mesa acordó a propuesta del Secretario General, que la Comisión Médico-Social inscriba, además de los cuatro puntos designados para el seguro de enfermedad (asistencia médica y odontológica, medicamentos, hospitalización y financiamiento), el tema relativo a la formación de grupos regionales de trabajo para el establecimiento de baremos de invalidez.

Asimismo, la Mesa aprobó que la Comisión sobre seguro de desempleo inscriba en su agenda los puntos siguientes: a) relación entre las prestaciones del seguro de desempleo y otras ramas de la seguridad social; y b) el seguro de desempleo para ciertas categorías especiales.

### Reseña de la XIIª Asamblea de la A. I. S. S. realizada en México

Con asistencia de más de 300 delegados de diversos países miembros, se realizó en México, la Duodécima Asamblea General de la AISS, entre los días 23 de noviembre y 5 de diciembre de 1955.

La sesión inaugural, realizada en el Palacio de Bellas Artes, fué presidida por el Sr. Adolfo Ruiz Cortinez, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos. Cabe mencionar que esta es la primera vez, que la Asociación, efectúa su reunión general fuera de Europa.

El orden del día de la Asamblea, comprendió los siguientes puntos:

- 1º Desarrollos recientes en el campo de la seguridad social.
- 2º Seguro de Enfermedad:
  - a.—Campo de Aplicación;
  - b.—Prestaciones en metálico;
  - c.—Prestaciones en especie;
  - d.—Organismos aseguradores;
  - e.—Coordinación y colaboración con otras ramas administrativas.
  - f.—Financiamiento;
  - g.—Problemas especiales del Seguro de Enfermedad en América Latina.
- 3º Acuerdos de reciprocidad sobre Seguridad Social.
- 4º Asignaciones Familiares.
- 5º Enmiendas a los Estatutos de la AISS.
- 6º Informe de la Comisión Permanente Médico-Social.
- 7º Informe del Comité de Expertos sobre el Seguro de Desempleo.

## INFORMACIONES SOCIALES

En lo concerniente a los temas de las respectivas Comisiones, ellos fueron los siguientes:

### A.—Comisión Permanente Médico-Social.

- 1º La influencia de la readaptación profesional en la evaluación de la invalidez.
- 2º La formación médico social de los médicos, con inclusión de la misión y funciones de la medicina preventiva.
- 3º Programa futuro de la Comisión Permanente Médico-Social.

### B.—Comité de Expertos sobre el Seguro de Desempleo.

- 1º Relaciones entre las prestaciones de desempleo y las prestaciones otorgadas por otras ramas de la seguridad social.
- 2º Problemas administrativos de la protección contra el desempleo de determinadas categorías de trabajadores agrícolas, de temporada, a domicilio, gente de mar, trabajadores migrantes, etc.

### C.—Comité Ejecutivo.

- 1º Informe sobre las actividades de la AISS y su futuro programa.
- 2º Informe financiero para el año 1955 y Presupuesto para 1956.
- 3º Elección de la Mesa Directiva para el ejercicio 1956-1958.
- 4º Asuntos Diversos.

RESOLUCIONES, RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES ADOPTADAS POR LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SU ASAMBLEA GENERAL REALIZADA EN MEXICO, NOVIEMBRE - DICIEMBRE DE 1955.

### RESOLUCION RELATIVA A LOS ACUERDOS DE RECIPROCIDAD EN EL SEGURO SOCIAL.

La Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, congregada en México del 23 de noviembre al 4 de diciembre de 1955.

Habiendo considerado el Informe de Reciprocidad en el Seguro Social presentado a la XII Asamblea General:

Aplaude los esfuerzos de los Gobiernos del mundo para coordinar sus sistemas de seguridad social por medio de acuerdos bilaterales y multilaterales de reciprocidad y espera que se concertarán acuerdos de esta índole en todos los países en donde, debido al desplazamiento de personas aseguradas, sea aconsejable la celebración de tales acuerdos:

Considera que es necesario prestar la mayor atención a los problemas administrativos que plantea la aplicación de acuerdos de reciprocidad; y

Resuelve establecer un grupo de trabajo para el estudio de los problemas y para recomendar los medios y procedimientos que faciliten la aplicación práctica de los acuerdos de reciprocidad y la colaboración entre las instituciones de seguridad social interesadas.

## INFORMACIONES SOCIALES

### RESOLUCION RELATIVA A LAS ASIGNACIONES FAMILIARES.

La Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, congregada en México del 23 de noviembre al 4 de diciembre de 1955,

Considerando que el nivel de la vida de las familias se halla con frecuencia bastante reducido por el sólo hecho de la existencia en el hogar de personas a su cargo;

Considerando que las legislaciones de seguridad social tienen en cuenta, de manera cada vez más general, el concepto de "personas a cargo" para determinar el monto de las indemnizaciones debidas en el momento de ocurrir un riesgo social;

Considerando sin embargo que la acción emprendida, contra el conjunto de los riesgos sociales no puede ser plenamente eficaz para el niño a menos que el medio en que vive le garantice en grado máximo las condiciones materiales y morales de estabilidad indispensables al pleno desarrollo de su personalidad;

Considerando, por otra parte, los convenios y recomendaciones adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo y las resoluciones sobre la protección a la maternidad y a la infancia adoptadas por la IX Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social;

Desea que se adopten en todos los países representados en la Asociación Internacional de la Seguridad Social dentro de las recomendaciones adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo, todas las medidas que, incorporándose a los sistemas de seguridad social, se basen en las siguientes conclusiones:

1. Las asignaciones familiares que completen las ganancias e ingresos normales, deberían permitir, en igualdad de condiciones, el mantenimiento de un nivel de vida suficiente para las familias, teniendo en cuenta las circunstancias propias de cada país.

2. Las legislaciones sobre asignaciones familiares deberían orientarse:

- a) como primera providencia, a garantizar asignaciones de sustento para los niños (eventualmente para las demás personas a cargo);
- b) eventualmente hacia la concesión de asignaciones especialmente destinadas a la creación y evolución normales del grupo familiar.

3. En los países donde, por razones diversas, no se pueda proyectar el establecimiento de un sistema general de asignaciones familiares, se debería estimular, mediante servicios o prestaciones en dinero o en especie, la adopción de toda medida destinada a adoptar una ayuda eficaz a determinados grupos familiares.

Tales medidas pueden constituir un primer paso hacia la creación de un sistema eficaz de asignaciones familiares.

4. Deberían desplegarse esfuerzos para normalizar, habida cuenta de los problemas de cada país, determinadas condiciones de tributación de las asignaciones familiares, que en general se incluyen en toda legislación de carácter positivo.

## INFORMACIONES SOCIALES

5. En especial, podrían ser objeto de estudio particulares inmediatos los siguientes problemas:

- a) determinación de las personas a quienes deberían abonarse las asignaciones familiares;
- b) periodicidad de los pagos, habida cuenta de la índole de las diversas prestaciones otorgadas a la familia;
- c) normas generales de determinación de los baremos (progresividad, desgresividad, edad, orden de nacimiento del niño);
- d) normas para evitar la acumulación de asignaciones abonadas con los mismos fines para los mismos hijos.

6. En particular, deberían estudiarse las bases de una reglamentación tendiente a mantener asignaciones adecuadas para el niño que, en la imposibilidad de asegurar su subsistencia, se halla en una de las situaciones siguientes: a) estudios, aprendizaje, enfermedad; b) fallecimiento, invalidez o desempleo de los padres o de aquel que asume normalmente el sostenimiento del niño, teniendo en cuenta la necesaria coordinación con las prestaciones eventuales abonadas por concepto de los riesgos antes citados.

7. El derecho a las asignaciones familiares debería ser garantizado, sin discriminación, a todos los derecho-habientes aún cuando ejerzan su actividad profesional en un territorio que no sea aquel que reside su familia.

8. Las modalidades de financiamiento de los sistemas de asignación familiares pueden ser diversas.

Deberían descartarse únicamente las formuladas que por no fundamentarse en bases económicas y sociales de bastante amplitud, pudieran conducir:

- a) excluir del circuito de la producción a los trabajadores con cargas de familia, o
- a) crear entre las diversas categorías de personas con cargas de familia, diferencias que no tuvieran otra justificación.

9. Los regímenes de asignaciones familiares deberían hallarse estrechamente asociados, por todos los medios necesarios, a la acción de los servicios sociales de asistencia a las familias, sin que pueda haber confusión alguna entre sus actividades y las que llevan a cabo los poderes públicos en el marco de las legislaciones de asistencia, o las de las empresas en el plano del trabajo.

10. La Asamblea General solicita de la Mesa Directiva y del Consejo de la Asociación Internacional de la Seguridad Social que adopten todas las disposiciones necesarias que permitan emprender estudios inmediatos para someter propuestas de solución a los diferentes problemas planteados por la extensión de la legislación sobre asignaciones familiares.

## RESOLUCION RELATIVA A LA INFLUENCIA DE LA REEDUCACION PROFESIONAL SOBRE LA EVALUACION DE LA INVALIDEZ

La XII Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, reunión en México del 23 de noviembre al 4 de diciembre de 1955,

## INFORMACIONES SOCIALES

Habiendo aprobado el informe sobre la influencia de la reeducación profesional sobre la evaluación de la invalidez,

Señala a la atención de las autoridades y organismos responsables de la seguridad social de la población, la necesidad de la readaptación y reeducación de los inválidos, sea cual fuera la causa de su invalidez, y recomienda la aplicación práctica de los principios aprobados al respecto por la X Asamblea General Internacional de la Seguridad Social.

Pide que se tomen las disposiciones necesarias para la reintegración de los inválidos en la vida económica, conforme al resultado de su reeducación.

Recomienda que se tomen en cuenta, para la fijación de las prestaciones en efectivo pagaderas a los inválidos que se someten o se han sometido a la reeducación profesional enunciados a continuación:

- a) Cuando se fijen las prestaciones para cada caso individual, en la medida en que lo permita la legislación nacional en vigor;
- b) Cuando se elaboren las enmiendas que podrían hacerse a la legislación nacional para la realización de estos principios.

### A. Principios Generales

1. Durante toda la duración de su reeducación profesional el inválido debiera tener derecho a las prestaciones otorgadas a las personas que padecen incapacidad total o debe, cuando menos, conservar el derecho a las prestaciones otorgadas a las personas que recibía antes de iniciada la reeducación profesional.

2. La fijación de la tasa definitiva de las prestaciones en efectivo sólo debiera efectuarse, en la medida de lo posible, cuando haya estabilizado los resultados de la reeducación y cuando haya alcanzado una situación estable desde los puntos de vista médico, económico y social.

3. Para facilitar la reintegración del inválido a una actividad profesional, es conveniente, antes de fijar la pensión permanente, acordarle una indemnización provisional durante un período de transición. Bajo la reserva de un máximo determinado, esta indemnización provisional deberá equivaler más o menos a la diferencia entre el antiguo y el nuevo salario.

4. El inválido que se dedique de nuevo a una ocupación remunerada se debe beneficiar de todas las prestaciones de seguridad social que se deriven normalmente del ejercicio de esa profesión, sin que intervengan las prestaciones de invalidez que ya recibía.

5. Un trabajo protegido, en el sentido del capítulo VIII de la Recomendación sobre la adaptación y la readaptación profesionales de los inválidos adoptada por la 38a. reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, no será considerado como ocupación que pueda dar lugar a la reducción o a la suspensión de una pensión.

### B. En materia de Seguros de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales:

Después de su reeducación profesional, el inválido debe tener derecho a una pensión mínima para compensar la pérdida de integridad física

## INFORMACIONES SOCIALES

y corporal que resulte de las lesiones funcionales o anatómicas. Esta pensión deberá pagársele sin consideración de las ganancias económicas que obtenga de su nueva actividad profesional.

Si la legislación nacional prevé que la prestación, cuyo monto sea superior al de la pensión mínima, depende del resultado económico de la reintegración profesional, la posibilidad de reducir la pensión que sea superior al monto de la pensión mínima, no podrá preverse a menos que el pago de la pensión entera pueda reanudarse en el plazo más breve, sin que haga falta un procedimiento administrativo complicado, en cuanto las razones de la reducción de la pensión ya no existan. Para facilitar que se reanude el pago de la pensión íntegra en el plazo más breve, la reducción eventual de las prestaciones en efectivo no deberá tener lugar sino en la forma de una suspensión de pensión; las prestaciones en especie no deberán ser afectadas por la suspensión, sino que las deberá seguir recibiendo.

### **C. En materia de Seguro en caso de una Invalidez distinta de las que resulten de un Accidente de Trabajo o de una Enfermedad Profesional (Seguro de Pensión)**

En interés de la reeducación profesional es deseable hacer más flexibles las disposiciones del seguro de pensión, previendo que la pensión total o parcial podrá pagarse al inválido cuando menos durante un período determinado, subsiguiente a su reeducación profesional, y a la reanudación de una actividad profesional.

Con este fin, pueden recomendarse las disposiciones siguientes:

1. La pensión de invalidez acordada al inválido no podrá ser enteramente suprimida a menos que el estado de salud de éste haya mejorado de manera permanente y notable.
2. La pensión de invalidez total o parcial debería acordarse al inválido cuando menos por un período determinado subsiguiente a su reeducación profesional y a la reanudación de una actividad profesional. La pensión podría ser disminuida progresivamente.

### **RESOLUCION RELATIVA A LA FORMACION MEDICO - SOCIAL DEL MEDICO**

La XII Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social reunida en México del 23 de noviembre al 4 de diciembre de 1955. Habiendo aprobado el informe sobre enseñanza de la medicina social, renueva la recomendación adoptada por la XI Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social:

1. Pide a los miembros de la A.I.S.S. que emprendan todas las gestiones útiles ante las autoridades nacionales a fin de promover y ampliar la enseñanza de la medicina social;
2. Recomienda a las instituciones de seguridad social que intervengan con el fin de lograr que se consagren a este fin recursos eficientes o bien que los suministren directamente, cuando la legislación nacional lo permita.



## INFORMACIONES SOCIALES

3. Desea que se establezca estrecha colaboración entre la Oficina Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Médica Mundial y la Asociación Internacional de la Seguridad Social, con el objeto de llevar a cabo un estudio pormenorizado de este tema.

### RECOMENDACION SOBRE LOS PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS DE LOS SISTEMAS DE PROTECCION CONTRA EL DESEMPLEO

La XII Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, reunida en México del 23 de noviembre al 4 de diciembre de 1955,

Habiendo examinado el informe sobre los "problemas administrativos de los regimenes de protección contra el desempleo", que ha sido sometido el Comité de Expertos sobre el seguro de desempleo de la Asociación Internacional de la Seguridad Social;

Considerando que la finalidad de cada país en lo que respecta al desempleo debe ser ante todo proporcionar a los obreros desempleados involuntariamente un empleo adecuado;

Considerando, sin embargo, que el desempleo de corta o larga duración puede existir incluso en una situación general de pleno empleo;

Observando que el Convenio (núm. 44) sobre el desempleo adoptado por la Conferencia Internacional del Trabajo reserva a cada país la opción de conceder prestaciones de desempleo, ya sea por un seguro obligatorio, ya por un seguro facultativo, o bien por una combinación del seguro y la asistencia;

Comprobando que el Convenio (núm. 102) adoptado por la Conferencia Internacional del Trabajo sobre norma mínima de la seguridad social no parece excluir la posibilidad de crear un régimen de asistencia;

Considerando que no conviene actualmente restringir esta libertad de opción;

Comprobando que en el campo de la protección de los obreros desempleados, cada país debe tener en cuenta sus problemas particulares, pero que existe una tendencia a sostener a los obreros desempleados por una forma cualquiera de seguro obligatorio;

Recomienda a las autoridades competentes los siguientes principios:

#### I. Campo de Aplicación

1. Todo régimen de protección contra el desempleo debería aplicarse a la mayor parte de los trabajadores asalariados habituales teniendo en cuenta la posibilidad de controlar la veracidad de su desempleo involuntario.

2. Cuando no haya sido posible aplicar el régimen general a determinadas categorías de trabajadores agrícolas, los trabajadores domésticos, los trabajadores de temporada, los trabajadores a domicilio, la gente de mar y los pescadores, los bateleros y otras categorías asimiladas, convendría tratar de lograr sistemas de protección adecuada para estas

## INFORMACIONES SOCIALES

categorías de trabajadores, ya sea por la adopción de un régimen general o por el establecimiento de regímenes especiales.

### II. Medidas Administrativas para la Concesión de Prestaciones

1. La administración de los regímenes de prestaciones de desempleo debe ser organizada de manera que se garantice la liquidación equitativa y expeditiva de la solicitud de prestaciones, que se evite toda complicación inútil y se prevengan los abusos, y que se tengan en cuenta de una manera particular los intereses de los asegurados, así como los de las partes contribuyentes y previendo su participación en los organismos de gestión.

2. Los reglamentos administrativos deberían ser suficientemente flexibles para que tengan en cuenta situaciones particulares.

3. Los organismos de administración de las prestaciones de desempleo deberán cooperar estrechamente con las oficinas de colocación pública o las demás oficinas reconocidas por las autoridades competentes, con objeto de poder asegurarse de que todos los beneficiarios se hallen disponibles para el trabajo. Todo solicitante de prestación de desempleo estará obligado a inscribirse como solicitante de empleo en el momento en que presente su solicitud.

4. La comprobación del cumplimiento del período de calificación que da derecho a las prestaciones (período de empleo, de cotizaciones, de seguro, de ganancias, de afiliación, etc.) requerido para la admisión al beneficio de las prestaciones, debe basarse en un sistema de registros o de certificados facilitados por los empleadores, con el fin de tomar decisiones rápidas y precisas con respecto a esta admisibilidad.

5. El procedimiento destinado a determinar las condiciones del desempleo debería basarse en la confrontación de los informes facilitados por el solicitante y por el empleador. En caso de declaración contradictoria del solicitante y del empleador, la institución debería emprender una encuesta independiente.

6. El formulario de solicitud deberá consignar una exigencia al solicitante de que facilite todas las informaciones relativas a la admisibilidad de la solicitud, tales como su identidad, las personas a su cargo, su profesión, su antiguo empleador, sus ganancias anteriores, la fecha y el motivo de su desempleo, su aptitud para el trabajo, etc.

7. Se deberían adoptar medidas para comprobar, a intervalos adecuados, si el desempleado continúa reuniendo las condiciones requeridas para beneficiarse de las prestaciones. La condición más importante que se exige a este respecto es que se presente con regularidad y a intervalos prescritos por la oficina de colocación pública o por cualquier otra institución reconocida por la autoridad competente.

8. El beneficiario que rechace una oferta de trabajo adecuado, según se define en los reglamentos del país, deberá quedar privado del derecho a las prestaciones. Se debería definir la noción de empleo adecuado, de manera que no se impida al organismo de gestión el tener en cuenta las situaciones particulares.

9. El organismo pagador, las modalidades de pago de las prestaciones en dinero, la forma de estos pagos en dinero, por giro postal, por cheque, etc.), su frecuencia, etc., pueden variar según el país y

## INFORMACIONES SOCIALES

con arreglo a la estructura básica de la administración del seguro de desempleo, el procedimiento habitual relativo al pago de los fondos públicos, el hecho de que la población del país es densa o escasa etc. Ahora bien, el método escogido debería adaptarse lo más posible a las situaciones particulares de los trabajadores en paro, y debería ser de manera que se evite todo retraso injustificado en el pago de las prestaciones.

10. El derecho de apelación debe ser garantizado a todo solicitante cuya solicitud haya sido rechazada. Se deberán adoptar medidas para que el examen de los litigios y decisiones de carácter contencioso se inspiren en principios jurídicos adoptados de una manera general.

### CONCLUSIONES RELATIVAS AL SEGURO DE ENFERMEDAD

La XII Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, reunida en México del 23 de noviembre al 4 de diciembre de 1955.

Considerando los principios generales establecidos precedentemente por:

la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Organización de las Naciones Unidas,

la Declaración de Filadelfia y el Convenio Internacional sobre la norma mínima de seguridad social de la Organización Internacional del Trabajo, y

las resoluciones anteriores de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, y

Habiendo examinado los informes presentados por el Comité de ponentes de la Asociación Internacional de la Seguridad Social sobre el seguro de enfermedad,

Comprueba:

1. que, habida cuenta de los progresos técnicos médicos y hospitalarios, de la evolución demográfica en numerosos países, de la ampliación progresiva del campo de aplicación de los regímenes de seguro de enfermedad, de las condiciones de ejercicio generalmente admitidas de las profesiones médica y farmacéutica, de la conciencia sanitaria cada vez más desarrollada de las poblaciones —la protección efectiva de la asistencia médica representa una carga en aumento continuo y apreciable cuya estabilización futura es, por lo demás, imposible de prever,
2. que en la mayoría de los regímenes vigentes en la actualidad de protección contra las enfermedades y que se inspiran en los principios tradicionales del seguro social, el equilibrio entre los recursos previstos en este concepto y los gastos correspondientes es cada vez más difícil de preservar,
3. que los factores anteriormente mencionados representan las causas más importantes de estas dificultades financieras y son ajenas a los propios regímenes que soportan los efectos sin poder ejercer influencia sobre ellos,

## INFORMACIONES SOCIALES

Estima, por consiguiente, que desde ahora y sin perjuicio de estudios ulteriores,

1. los órganos legislativos y gubernamentales deberían tomar todas las medidas que sean útiles para remediar esta situación, dondequiera se presente ,particularmente mediante medidas tendientes a:

permitir la normalización de las relaciones entre los facultativos de seguridad social, respetando el carácter particular de las relaciones entre médicos y enfermos, pero con la finalidad de reglamentar el aspecto económico de la medicina, evitar cualquier exceso en la determinación de los precios farmacéuticos y toda anarquía en la producción y distribución de medicamentos,

Fijar en su justo valor los precios por día de hospitalización, mediante la introducción, a la vez, de medios administrativos adaptados a las necesidades modernas, otorgando puestos a los representantes de la seguridad social, y mediante la exclusión de los precios de coste de los elementos tales como amortizaciones o provisiones para la construcción o conservación de los establecimientos, así como de cualquier otra carga que no corresponda a la función que le incumbe a la seguridad social.

2. los organismos administradores del riesgo de enfermedad deberían tener en todas partes la posibilidad de crear y administrar por sí mismos un sector de medicina preventiva y de asistencia.
3. si se juzgan necesarias medidas de control por parte de los organismos aseguradores, o ciertas limitaciones de las prestaciones concedidas a los aseguradores juiciosamente elegidas para frenar los recursos abusivos al seguro, no deberían en modo alguno reducir la eficacia de la protección de la salud, que es la base misma de las instituciones de seguridad social.
4. si las medidas previstas en los incisos 1, 2 y 3 anteriores no bastan para resolver por completo el problema del financiamiento del seguro de enfermedad, los poderes públicos, tomando nota de las necesidades de la salud pública deberían proporcionar en circunstancia los recursos precisos para el financiamiento del seguro de enfermedad.

La Asamblea General llama la atención a este respecto sobre la importancia que reviste la elección de la inversión de los recursos desde el punto de vista, a la vez, de la economía nacional, de la comparación internacional de los precios de los productos y de la realización del ideal de solidaridad y de justicia social que debe inspirar a las legislaciones de seguridad social.

La Asamblea General decide que la Asociación Internacional de la Seguridad Social proseguirá sus labores sobre los siguientes aspectos particulares del seguro de enfermedad:

## INFORMACIONES SOCIALES

1. Asistencia médica,
2. Servicios farmacéuticos,
3. Hospitalización.

La Asamblea General decide solicitar a la Mesa Directiva de la Asociación Internacional de la Seguridad Social que tome medidas del caso con miras al estudio pormenorizado y la puesta en vigor lo más rápida posible del plan internacional de estadística que ha sido propuesto.

### RESOLUCION RELATIVA AL SEGURO DE DESEMPLEO

**Resolución adoptada por el Comité de Expertos sobre el seguro de desempleo de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, sometida al Consejo de la A. I. S. S. y aprobada por este último.**

El Comité de Expertos sobre el seguro de desempleo, reunido en México el 24 y 25 de noviembre de 1955.

Adoptó los dos informes preliminares siguientes sometidos en la presente reunión y que tratan:

1º—de las categorías de trabajadores excluidos de los sistemas de protección contra el desempleo, y

2º—las relaciones entre las prestaciones del seguro de desempleo y las prestaciones de otras ramas de la seguridad social.

El Comité de Expertos, recordando que en su segunda reunión en Estocolmo, en mayo de 1955, recomendó que todo régimen de prestaciones de desempleo debería ser aplicado regularmente al mayor número posible de trabajadores empleados;

Comprueba que en muchos países donde se ha instaurado un régimen de seguro de desempleo u otro análogo de protección, se excluye todavía a algunas categorías de trabajadores de la protección que otorgan dichos regímenes;

Señala que existen interrelaciones importantes entre las prestaciones de desempleo y otras prestaciones de seguridad social, así como otros servicios para trabajadores desempleados, los cuales requieren cuidadosa coordinación;

Considera que se requiere un estudio minucioso y más amplio de los problemas tratados en sus dos informes preliminares examinados por él;

Juzga que estos problemas y otros relacionados con el seguro de desempleo merecen la continua atención de las instituciones de seguridad social, y que sólo un programa de estudio a largo plazo puede asegurar resultados satisfactorios.

Sugiere, por lo tanto, al Consejo, que tenga a bien transformar el Comité de Expertos sobre el seguro de desempleo, en una comisión permanente de la Asociación Internacional de la Seguridad Social.

### ORGANIZACION IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

#### Curso de Cooperación Técnica-Actuarial.

Entre los días 20 de octubre y 20 de diciembre de 1955, se realizó

## INFORMACIONES SOCIALES

en Madrid el Curso de Cooperación Técnica Actuarial, convocado por la Secretaría General de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y patrocinado por la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social de España, con asistencia de técnicos de Colombia, Ecuador, Chile, Honduras, Perú y Venezuela.

Correspondió al Dr. Gonzalo Arroba iniciar las tareas del Curso, reasumiendo la función y orientación de los actuarios sociales. Participaron además los señores Rodolfo Castro, de Colombia; Rubén Orellana, de Ecuador; Eduardo Suárez, del Perú; Rubén Mena, de Chile; y los profesores españoles Soler, Alvarez, Seria Perpiñá, Ruiz y otros más.

Los siguientes fueron los temas estudiados:

1º—Reajuste de las pensiones en la Seguridad Social en relación con la depreciación monetaria;

2º—Inversiones de la Seguridad Social dentro de los planes de la economía nacional;

3º—Estudios sobre la situación demográfica de cada país, en relación con el desenvolvimiento y extensión de los planes de Seguridad Social;

4º—Nuevas tablas biométricas de frecuencia deducidas en cada país y métodos estadísticos seguidos en su confección.

5º—Intercambio de información general aportada por los miembros de los países participantes.

### **Próximo curso de Cooperación Técnica sobre Mecanización de Servicios de la Seguridad Social**

Organizado por la Comisión Iberoamericana de Seguridad Social y con la gentil colaboración del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, entre el 1º y 30 de junio se realizará en Bogotá, el Curso del epígrafe.

El Curso sobre Mecanización Administrativa tendrá con finalidad específica, el establecimiento de un amplio intercambio de experiencias sobre esta especialidad y el estudio de los procedimientos y sistemas adecuados para el más rápido desenvolvimiento práctico de los diversos procesos administrativos para la efectividad de la Seguridad Social.

## **B R A S I L**

### **Estadística de Prestaciones.**

De acuerdo con las informaciones preparadas por el Instituto de Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores Industriales (I. A. P. I.) durante el primer semestre de 1955, se ha abonado la suma de 1,195'869,453.80 cruzeiros por concepto de prestaciones de invalidez, siendo el egreso total del primer semestre ascendente a 2,291'721,934.80 cruzeiros.

Seguidamente insertamos un cuadro de los beneficios otorgados durante los seis primeros meses de 1955:

## INFORMACIONES SOCIALES

## ENERO A JUNIO DE 1955

## en Cruceiros

Clase de Beneficio a	Nº de pagos	Monto	Valor medio	% de aumento en el va- lor medio
Subsidios de Maternidad .. ..	94,343	162'741,722,10	1,725.00	99
Asignaciones de Funeral .. . . .	5,732	9'166,415,40	1,599.20	93
Subsidios de Enfermedad .. . . .	429,815	496'215,984,30	1,154.50	74
Subsidios de Invalidez .. . . .	951,528	1,195,869,453,80	1,256.80	79
Subsidios de Vejez .. . . .	14,272	19'115,812,80	1,339,40	43
Pensiones .. . . .	581,432	408'612,276,40	702.80	99
Totales .. . . .	2'077,122	2,291'721,934.80	1,103.30	81

## COLOMBIA

 Establecimiento del régimen facultativo de Seguro de  
Enfermedad-Maternidad.

En sesión del Consejo Directivo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, fecha 20 de setiembre de 1955, se ha acordado el establecimiento del régimen facultativo del seguro de enfermedad no profesional y maternidad.

**Campo de Aplicación.**—Pueden inscribirse: a) el cónyuge, los padres e hijos menores de 14 años del patrono que figuren como asalariados de éste; b) los demás miembros de la familia del patrono dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad que presten sus servicios exclusivamente por cuenta del patrono; c) los gerentes y apoderados generales, aunque se hallen ligados por contrato de trabajo; d) los trabajadores cuyo número de jornadas anuales sea inferior a 90 ó a 15 semanas cotizables y los que se ocupen de labores agrícolas temporales; e) las personas que ejecuten trabajos ocasionales, accidentales o transitorios; f) los trabajadores públicos y de empresas o instituciones comerciales, industriales, agrícolas, ganaderas, o forestales; g, los trabajadores independientes; h) para los trabajadores, que habiendo sido asegurados obligatorios, dejen de serlo por cualquier circunstancia; i) para los miembros de la familia del asegurado que dependiesen exclusivamente de él y vivan bajo el mismo techo.

**Prestaciones.**—Las prestaciones del régimen facultativo de Enfermedad no profesional y maternidad, serán en especie, o en dinero, o en especie y dinero, según los casos, y de acuerdo con las reglamentaciones del régimen obligatorio.

**Cotizaciones.**—Los recursos necesarios serán obtenidos por la con-



## INFORMACIONES SOCIALES

tribución tripartita de asegurados, patronos y Estado. Para la fijación de los salarios base de los trabajadores inscritos, se tomarán en cuenta aquellos que los patronos declaren o los promedios deducidos de los ingresos normales del seguro.

**Administración.**—La ejecución del régimen facultativo estará a cargo de las Cajas Seccionales del Seguro Social, de acuerdo con las normas comunes que regulan estas Instituciones para el régimen obligatorio.

## E S P A Ñ A

### Aumento de las prestaciones del Seguro de Vejez.

Por decreto de 2 de setiembre pasado, se ha elevado la cuantía de las rentas, como a continuación se indica:

Para los trabajadores por cuenta ajena de la rama general con derecho a pensión de Mutualidad y Montepíos, y la de Pescadores y Trabajadores autónomos de rama Agropecuaria, 250 pesetas mensuales.

Para los trabajadores por cuenta ajena de la rama general sin derecho a pensión de Mutualidades y Montepíos y de la rama Agropecuaria, 400 pesetas mensuales.

Se establece también una prestación especial a la viudas de los trabajadores beneficiarios del Seguro de Vejez, o de los que, habiendo tenido derecho a él, fallecieron con posterioridad a la fecha de entrada de la nueva disposición, siempre que dichas viudas llenaran las siguientes condiciones: Haber cumplido 65 años de edad o encontrarse totalmente incapacitadas para todo trabajo; no tener derecho a la percepción personal del Seguro de Vejez o Invalidez; que el matrimonio del causante se hubiera efectuado por lo menos con 10 años de antelación a la fecha de su fallecimiento y que hubiera existido convivencia ininterrumpida en el matrimonio o, en caso de separación, no se hubiera producido ésta por causa de la mujer.

La cuantía de esta pensión de viudez será del 50% del importe del subsidio que tuviera reconocido o tuviese derecho a percibir el causante y su percepción es compatible con las prestaciones que el régimen de Subsidios Familiares otorga a las viudas.

La viuda del trabajador cuando al quedar en tal estado, no hubiera cumplido los 65 años y tuviera más de 50, tiene la facultad de conservar el derecho a reclamar la pensión de viudedad cuando cumpliera aquella edad, siempre que reúna las condiciones de calificación, a que hemos hecho referencia anteriormente.

## ESTADOS UNIDOS

### Desarrollo de los seguros privados

Según información proporcionado por el Instituto de Seguro de Vida de este país, las compras de nuevos seguros de vida en 1955 ascendieron a \$ 47,400'000,000, suma superior en dos mil millones de dó-

## INFORMACIONES SOCIALES

lares a la registrada en 1954, y 19 mil millones de dólares más que la de 1950.

Por otro lado, existen 103'000,000 poseedores de pólizas de seguros de vida, siendo el monto promedio por póliza de \$ 3,600.

Las primas por seguro de vida y las anualidades alcanzaron en 1955 la suma de \$ 10,025'000.000 que es \$ 77'000,000 más que en 1954, y el doble de la registrada hace 10 años.

Los pagos a las familias americanas por seguro de vida se han calculado en \$ 5,400'000,000.00 en 1955, cifra superior en \$ 450'000,000 a la del año anterior y en \$ 2,725'000,000 más que hace 10 años.

Los beneficios por defunción ascendieron en 1955 a \$ 2'245'000,000, o sea \$ 173'000,000 más que en 1954.

Como dato adicional es interesante reseñar que durante 1955, cerca de 1,000 compañías de seguros privados han proporcionado aproximadamente \$ 6,500'000,000.00 en hipotecas; correspondió gran parte, de esta suma a la compra y construcción de viviendas de cientos de miles de personas. La inversión total en hipotecas se ha estimado en \$ 29,300'000,000 a 1955.

### Cálculos de la fuerza laboral.

Nos es muy grato publicar un cuadro, proporcionado por el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, relativo al número de personas mayores de 14 años de edad, empleadas en distintas categorías y ocupaciones, durante los meses noviembre y diciembre de 1955, comparados con el mes de diciembre de 1954, registrando además, los cambios producidos entre uno y otro período:

	Diciembre de 1955	Noviembre de 1955	Diciembre de 1954	Cambios	
				Nov. - Dic. 1955	Dic. 1954 Dic. 1955
Población:					
Civil . . . . .	66'592,900	67'206,000	63'526,000	— 614,000	+ 3'066,000
Empleados . . . . .	64'165,000	64'807,000	60'688,090	— 642,000	+ 3'047,900
Agricultura . . . . .	5'884,000	6'920,000	5'325,000	— 1'036,000	+ 559,000
Actividades:					
no agrícolas . . . . .	58'281,000	57'887,900	55'363,000	+ 294,000	
Desempleados . . . . .	48'457,900	2'398,000	2'838,000	+ 29,000	— 411,000
No considerados en la fuerza de trabajo . . . . .	2'427,000	47'701,000	49'952,000	+ 756,000	— 1'495,000

## FINLANDIA

### Actividades del Instituto Nacional de Pensiones

Durante el año 1954, ha continuado incrementándose el número de pensionados de invalidez y vejez, en forma más sensible que otros años.

## INFORMACIONES SOCIALES

Seguidamente se inserta un cuadro demostrativo del número de pensiones al fin de cada año, desde 1950:

Año	Pensiones de invalidez	Pensiones de vejez
1950	— 54,622	— 38,310
1951	— 64,901	— 58,478
1952	— 72,841	— 77,548
1953	— 81,599	— 97,573
1954	— 89,587	— 115,168

Cuanto al valor medio de las pensiones básicas, los suplementos y pensiones totales, puede apreciarse en el siguiente cuadro los egresos por estos conceptos:

(En marcos finlandeses)

Año	Importe medio de las Pensiones de Invalidez		Importe medio de las Pensiones de Vejez	
	Pensiones básicas	Suplementos	Pensiones básicas	Suplementos
1950	3,910	27,759	3,359	19,949
1951	3,960	27,018	3,366	22,562
1952	4,020	26,800	3,375	22,391
1953	4,103	28,124	3,396	23,532
1954	4,191	26,657	3,419	22,430

El egreso total por pensiones de invalidez y vejez registrado en 1954, ha sido de 3,701 millones de marcos, contra 3,149 millones de 1953.

Además, existen en Finlandia 343 cajas, que se agrupan en las siguientes clases: 248 cajas de enfermedad con 133,689 afiliados; 52 cajas de asignaciones familiares con 62,573 miembros, y 43 cajas de pensiones con 34,479 asegurados.

## I T A L I A

### Labor del Instituto Nacional de Previsión

Con informes proporcionados por el Servicio Estadístico Actuarial del Instituto del rubro, ofrecemos una reseña general de las actividades

## INFORMACIONES SOCIALES

efectuadas por esa rama de la Seguridad Social italiana durante los meses de enero a setiembre de 1955.

El número de pensiones de invalidez, vejez y sobrevivientes asciende a 2'899,000, siendo el costo de su mantenimiento de 21,186 millones de liras.

Cuando al seguro de desempleo, se ha otorgado entre enero y setiembre de 1955, 4'141,000 días de prestaciones (indemnizaciones ordinarias y subsidios extraordinarios) elevándose su importe a la cifra de 1,278 millones de liras.

En ese mismo lapso, se han asistido en centros de curación 47,989 asegurados y familiares, dentro del seguro de tuberculosis, ocurriendo 1'343,000 estancias diarias; 21,622 asegurados y familiares fueron asistidos ambulatoriamente en sus mismos centros. El costo de la asistencia, que comprende prestaciones en dinero, durante y después del período de curación a los asistentes y familiares, ascendió a 3,318 millones de liras.

Se encuentran inscritos al seguro de vejez, invalidez y sobrevivientes 8'088,000 asegurados; al de Desocupación 5'248,000 y al de Tuberculosis, 10'712,000, incluyendo en estas cifras a los trabajadores agrícolas, jornaleros, colonos, aparceros y en general, todos los trabajadores no agrícolas.

—oO—

## Legislación Social Peruana

*Salud Pública y  
Asistencia Social.*

### **APRUEBA EL REGLAMENTO DE LA ORDEN**

**“HIPOLITO UNANUE”**

**R. S. 30-11-55**

**“El Peruano” 5-1-56**

Resuelve aprobar el Reglamento de la Orden del rubro, compuesta de 23 artículos, destinada a premiar a los profesionales peruanos que se hubieren destacado en el adelanto de las Ciencias Médicas y progreso de la Salud Pública.

### **NUEVA REGLAMENTACION DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA**

**D. S. 24-11-55**

**“El Peruano” 7-1-56**

Decreta la reorganización del Instituto Nacional de Higiene y Salud Pública, que en lo sucesivo se denominará Instituto Nacional de Salud Pública.

### **LAS DIRECCIONES GENERALES DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL ORIENTARAN LOS SERVICIOS RESPECTIVOS**

**R. M. 29-11-55**

**“El Peruano” 19-1-56**

Resuelve que las Direcciones del epígrafe dicten las disposiciones que fueren necesarias para que, en cuanto les concierna, los servicios

## INFORMACIONES SOCIALES

respectivos de su dependencia orienten sus actividades y las ejecuten conforme a sus recomendaciones.

### **AMPLIACION DEL HOSPITAL OBRERO DE AREQUIPA**

**R. S. 4-11-55**

**“El Peruano” 28-1-56**

Declara de necesidad y utilidad pública la expropiación de los inmuebles ubicados en la ciudad de Arequipa, destinados a las obras de ampliación del Hospital Obrero de esa ciudad.

### **ESTABLECE EL DIPLOMA UNICO DE ENFERMERA**

**D. S. 8-3-56**

**“El Peruano” 15-3-56**

Decreta el establecimiento del Diploma Oficial de Enfermera otorgado a nombre de la Nación por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

*Trabajo y  
Asuntos Indígenas.*

### **COMPRENDE A DETERMINADOS TRABAJADORES EN LOS BENEFICIOS DE LA LEY 4916**

**Ley N° 12527 5-1-56**

**“El Peruano” 13-1-56**

Incluye en los beneficios de la ley N° 4916 y sus ampliatorias, a los capataces, sobrestantes, caporales, mayordomos de campo y regentes de talleres de imprenta, que tengan a su cargo secciones y talleres bajo su control y responsabilidad.

### **NORMAS PARA COMPUTAR LAS INDEMNIZACIONES POR TIEMPO DE SERVICIOS DE LOS ESTIBADORES DEL CALLAO**

**D. S. N° 3 “D. T.” 3-2-56**

**“El Peruano” 7-2-56**

Señala las nuevas disposiciones relativas al cómputo de indemnización por tiempo de servicios de los estibadores del puerto del Callao.

### **REGLAMENTO PARA EL PAGO DE LA COMPENSACION POR TIEMPO DE SERVICIOS A LOS GUARDIANES MARITIMOS DEL CALLAO**

**D. S. N° 4 “D. T.” 3-2-56**

**“El Peruano” 7-2-56**

Establece las normas reglamentarias para el pago de la compensación por tiempo de servicios a que tienen derecho los Guardianes Marítimos del Cabotaje Mayor del Callao con arreglo a la Ley 9440.

## INFORMACIONES SOCIALES

**REGLAMENTO DE LA LEY 12216 SOBRE PAGO DE  
INDEMNIZACIONES DE TRABAJADORES MARITIMOS**

R. S. N° 5 "D. T." 3-2-56

"El Peruano" 7-2-56

Aprueba las bases reglamentarias de la ley 12216, relativa al pago de indemnizaciones de la categoría ocupacional mencionada del puerto del Callao.

**LOS EMPLEADORES DEBEN CONOCER EN SU ORIGEN  
LAS RECLAMACIONES DE TRABAJO**

D. S. N° 5 8-2-56

"El Peruano" 17-2-56

Establece que los empleadores están obligados a realizar reuniones periódicas con los jefes o personal jerárquico respectivo, para conocer oportunamente las dificultades que surjan en las relaciones obrero patronales de su centro de trabajo y que afecten la armonía de su desenvolvimiento.

**LA PROCURADURIA DE LA DIVISION DE TRABAJO OTORGARA  
ASISTENCIA GRATUITA A YANACONAS**

R. S. N° 6 8-2-56

"El Peruano" 17-2-56

Resuelve que el Departamento de Procuraduría de la Dirección General de Trabajo, prestará asistencia profesional gratuita a los yanacostas que la soliciten, en las gestiones administrativas y judiciales requeridas en defensa de los contratos y disposiciones legales sobre Yanacostaje.

**NOMBRA COMISION PARA ESTUDIAR LA SOLICITUD DE  
JUBILACION DE LOS TEXTILES**

R. S. N° 10 "D. T." 5-3-56

"El Peruano" 10-3-56

Constituye una Comisión que informará al Supremo Gobierno sobre el pedido de jubilación de la Federación Trabajadores de Tejidos del Perú, integrada por el Ministro de Trabajo y A. I., que la presidirá, por un funcionario del Ministerio de Salud Pública y A. S.; por dos miembros técnicos designados por el Gobierno; por dos miembros representantes de los empleadores y dos de los trabajadores.

**CREASE COMISION QUE ESTUDIARA LOS CONVENIOS  
INTERNACIONALES DE TRABAJO NO RATIFICADOS  
AUN POR EL PERU**

R. S. N° 12 "D. T." 5-3-56

"El Peruano" 10-3-56

Nombra una Comisión que efectuará el análisis comparativo entre la legislación nacional y los convenios y recomendaciones no ratificados aún de la O. I. T. Estará integrada por un representante del Ministerio

## INFORMACIONES SOCIALES

de Trabajo y A. I.; un funcionario de la División de Legislación de la División General del Trabajo; un representante de la Caja Nacional de Seguro Social y uno del Seguro Social del Empleado.

*Justicia y  
Culto.*

### **NORMAS PARA LA RENOVACION DE CEDULAS DE JUBILADOS Y CESANTES, MAYORES DE 70 AÑOS**

**Ley N° 12506 31-12-55**

**"El Peruano" 7-1-56**

Señala que las cédulas de los cesantes y jubilados que hayan cumplido 70 o más años de edad y que al ser extendidas contaban con 40 o más años, serán renovadas, otorgándoles por pensión el haber que el Presupuesto General de la República o el que el Administrativo correspondiente señale para los puestos en que cesaron o se jubilaron y con aplicación a lo dispuesto en el inc. f) del art. 1° de la R. S. N° 538, de 22 de junio de 1951.

### **DESCUENTOS POR MONTEPIO EN LAS FUERZAS ARMADAS**

**Ley N° 12507 31-12-55**

**"El Peruano" 9-1-56**

Establece que el descuento por concepto de montepío a los miembros de las Fuerzas Armadas y Fuerzas Auxiliares, será del 6% sobre el monto de la pensión de retiro, de acuerdo con el art. 7° de la Ley 5580.

### **BENEFICIOS A LOS MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS VICTIMAS DE TUBERCULOSIS**

**Ley N° 12633 2-2-56**

**"El Peruano" 8-2-56**

Establece que los miembros de los Institutos Armados, Guardia Civil, Guardia Republicana, Investigación y Vigilancia, atacados de tuberculosis u otras dolencias de largo tratamiento gozarán hasta por dos años el sueldo básico, asignaciones, gratificaciones y bonificaciones que les correspondan.

# INFORMACIONES

# SOCIALES



AÑO XI Abril - Mayo - Junio - 1956 - No. 2

Publicación Trimestral de la  
Caja Nacional de Seguro Social del Perú

# *INFORMACIONES SOCIALES*

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

# 2



# *Evolución de los conceptos de salud y enfermedad*

POR EL DR. LUIS ANGEL UGARTE

El estudio de la evolución de los conceptos de salud y enfermedad a través de las etapas culturales que ha vivido y vive la humanidad, ofrece no sólo un interés puramente intelectual o especulativo, sino además nos permite entender mejor la génesis y los alcances de los actuales conceptos sobre la materia y comprender las ideas y prejuicios que se observan en los diversos estratos culturales que conforman nuestra compleja sociedad moderna. Efectivamente los nuevos conceptos, fruto de los progresos de la ciencia, nacen en la mente de los grupos culturales especializados que por su profesión están más en contacto con los problemas materia de estudio y tardan en difundirse a los demás estratos culturales. Las ideas y prejuicios vienen a ser en realidad simples supervivencias de conceptos ancestrales ya superados.

Como dice Valcárcel: "Una característica de la sociedad humana es la imposibilidad de borrar el pasado".

"El Perú, muchos países de América, Asia, Africa, Oceanía, de la misma Europa, ofrecen ejemplos válidos aleccionadores de la poderosa vitalidad de los rasgos culturales que, aparentemente habían sido suprimidos... No poca es la sorpresa de etnólogos, de los investigadores de procesos de transculturación, cuando se comprueba la vigencia de tantos "Folkways" de un primitivismo impresionante".

"No se compadece, pues, con el espíritu humano la supresión total de los usos y costumbres y su drástico y compulsivo reemplazo con normas y procedimientos nuevos" (1).

En este trabajo, que es de simple recopilación, hemos preferido la mayor parte de las veces transcribir literalmente los textos mismos, cuando expresan en forma clara las ideas que se quieren dar a conocer.

Para facilitar la lectura, hemos evitado recargar el texto con citas repetidas de autores, limitándonos a poner entre comillas la frase transcrita y anotar el número de la cita bibliográfica correspondiente.

## I.—CREENCIAS SOBRE ENFERMEDAD EN LAS CULTURAS PRIMITIVAS

En las culturas primitivas, ya sea de los pueblos pre-históricos, de la edad de piedra, ya de las tribus salvajes que actualmente viven más o menos aisladas en diferentes partes del mundo, la creencia en las potencias sobrenaturales de muchos seres animados y objetos inanimados

## INFORMACIONES SOCIALES

y en los espíritus que pueblan el universo, inspiran las ideas sobre enfermedad y muerte.

No es que desconozcan completamente la existencia de fenómenos naturales, sino simplemente que su mente no es razonadora. No tratan de buscar la explicación de esos fenómenos.

Es tal vez por eso que no se han señalado las creencias o ideas que puedan tener sobre la salud. Sería, para ellos, simplemente algo natural que no requiere explicación.

“Los acontecimientos que les sorprenden no les parece proceder de secundarias causas, son debidas a la acción de potencias invisibles. No establecen distinción entre lo natural y lo sobrenatural. Por todas partes el débil pensamiento naciente llega a la concepción de una fuerza absolutamente distinta de toda fuerza natural, que obra de todo género de maneras, sea para el bien sea para el mal. Es la fuerza llamada Mana por los Melanesios; Wakan por los Sioux; Manitur por los Algokinos; Ukisos por los Batúes; Kai por los Egipcios; Brahama por los Hindús; El, por los Israelistas; Numen por las civilizaciones greco-romanas”. (2).

El achachila de nuestros aymarás, espíritu que habita los lugares conspicuos de la naturaleza (cúspides de las montañas, gargantas de los valles, fuentes, etc.) y aún los fenómenos metereológicos como el rayo o el arco iris y que da a éstos fuerza mágica, deben ser también incluidos en esta concepción.

“Achachila, palabra aymará, según Bandelier, significa literalmente **“abuelo o ancestro del Ayllu”**. Esto parece indicar que los achachilas son en su naturaleza nada más que espíritus ancestrales o almas de pasadas generaciones, que han fijado su residencia en objetos naturales conspicuos y continúan ejerciendo su influencia sobre el bienestar de sus descendientes”. (3).

Para evitar o utilizar esas potencias y esos espíritus es necesario conocerlos. Son los hechiceros y los shaman los que aprenden a conocerlos y a dominarlos, previo un largo período de aprendizaje junto a un hechicero experimentado y después de una complicada ceremonia de iniciación.

Tanto la prevención como la curación de las enfermedades están inspiradas en estas ideas.

El uso generalizado de amuletos y otros medios de protección revela cómo desde las etapas culturales más primitivas ha sido grande la preocupación del hombre por evitar la enfermedad.

Según Karsten, “Los indios de hecho piensan que los espíritus malignos pueden entrarles a través de la boca, narices, ojos, oídos o adherirse al cabello”. (3).

El cabello, las uñas y la piel misma tienen también importancia mágica pues en ellos se concentra el poder espiritual y vital del hombre. “Poseer un mechón de cabellos de una persona es lo mismo que poseer su alma y puede ejercerse fácilmente influencia sobrenatural sobre él”. (3). Igual cosa sucede con los recortes de las uñas.

Basado en esta teoría, Karsten interpreta las costumbres de tatuarse y pintarse el cuerpo; de usar aretes y pendientes de la nariz y los labios, collares, pulseras, tobilleras, etc., como otras tantas medidas de protección contra la enfermedad, el accidente y la muerte.

## INFORMACIONES SOCIALES

“Examinando la manera como la pintura así como también el tatuaje son aplicados a la cara y al cuerpo, encontramos que su objeto es evidentemente proteger ciertas aberturas naturales del cuerpo y las partes descubiertas que son fácilmente expuestas a influencias malignas”. (3).

Las ceremonias mágicas, más o menos complicadas llevadas a cabo por el hechicero con el objeto de desalojar del cuerpo del enfermo el espíritu o quid maligno introducido en él, tienen el carácter de medicina curativa.

En casos de epidemia esas ceremonias se llevan a cabo por toda la tribu presidida por el hechicero. En este caso habría que considerarlas como medidas de carácter sanitario público.

Esta concepción mágica de la enfermedad y de la medicina ha sido observada unánimemente por los etnólogos, exploradores, misioneros y en general por todos los que han observado la vida y costumbres de los pueblos primitivos de todas partes del mundo.

Veamos algunos ejemplos: los Kaffirs, según Lichtensteine atribuyen la enfermedad a tres causas: encantamiento por un enemigo, cólera de ciertos seres que habitan los ríos o poder de otros espíritus malignos (4).

Según Ramón Pardal: “la mayoría de las ceremonias curativas del aborigen americano tienen por objeto expulsar el quid maligno introducido en el cuerpo:

- 1º espantando a los espíritus malignos;
- 2º ofreciéndole un cuerpo animal, vegetal o mineral para que se meta en él;
- 3º encantamientos y conjuros;
- 4º por cohecho o compra” (5).

Este autor cita numerosos ejemplos: las ceremonias curativas mágicas de los “Machis” araucanos; las prácticas de succión de los Kon de Tierra del Fuego; la casilla transportable de los indios Choco de Panamá; las variadas prácticas de los “Paye” hechiceros Tupí-Guaraní etc.

“Los Jíbaros hacen una neta distinción entre lo que ellos llaman **tunchi** (brujería) de un lado, y enfermedad en el propio sentido de la palabra, que ellos llaman **súngura** de otro lado. Una enfermedad súbita acompañada de dolor intenso es generalmente atribuida a **tunchi** enviada por un brujo maligno”.

“A la categoría de **súngura** corresponden varias clases de enfermedades no ligadas a dolor y principalmente las febriles. Pero estos indios distinguen además dos clases de enfermedades: las peores son las que han sido importadas por los blancos (viruela, disentería y venéreas) que han hecho estragos entre los nativos de Sud América. La segunda clase de **súngura** es endémica entre los indios y procede de sus propios espíritus malignos **iguanchu**. Pero aún la primera clase es debida a los espíritus malignos de los blancos”. (3).

En el Perú, las observaciones de los etnólogos y misioneros, en las tribus salvajes que habitan la selva amazónica han confirmado este mismo punto de vista. Paul Fejos en su estudio sobre los Yaguas, tribu que habita la hoya del Marañón, dice: “Se supone que las enfermedades son producidas por la maligna influencia de un shaman y no por causas

## INFORMACIONES SOCIALES

naturales, salvo los envenenamientos por mordeduras de serpiente, ahogados, etc., que se consideran de origen natural”.

“El poder del shaman no se hereda sino que se cultiva por aprendizaje con otro shaman. El aprendizaje generalmente comienza a los 12 ó 13 años y dura tres o cuatro años. Todo ese tiempo el aprendiz está sujeto en absoluto al shaman con quien vive. Es sometido a dieta rigurosa; recibe instrucción lenta en envolver cigarros, la materia mágica más importante, y también se entrena en fumar una gran cantidad de cigarros al día y beber infusiones fuertes de tabaco”.

“Debe aprender las palabras y melodías de encantamiento para proteger a la gente contra las mordeduras de serpientes y otros accidentes. Cuando el shaman lo considera suficientemente entrenado lo prepara para usar los dardos mágicos capaces de producir enfermedad y muerte a los enemigos”.

“El shaman pasa los dardos mágicos al cuerpo del aprendiz después de haberlo emborrachado con fuerte infusión de tabaco (intoxicación nicotínica). Cuando el shaman muere, se supone que sus dardos mágicos vuelan de su cuerpo al de su sucesor y si no hay otro shaman preparado vuelan en el aire hasta entrar en el cuerpo de otro shaman”. (6).

Fray Luis Sabate al describir los viajes misionales a las tribus Campas, Piros, Cashibos y Sipibos en el año 1874, dice: “Creer estos infelices que son efectos de la chonta, los dolores de cabeza, estómago o de cualquier otra parte. Es la chonta una madera que se encuentra en aquellas selvas y cuyas diminutas astillas creen aquellas gentes supersticiosas que son infiltradas de un modo inexplicable en los cuerpos humanos por la acción mágica de los brujos”. (7).

Fray Vicente de Cenitagoya, en su estudio sobre los Machigüengas, tribus que habitan las selvas del Madre de Dios, dice: “Seripegari, es el brujo a quien acuden los machigüengas en todos sus apuros especialmente cuando están enfermos”. (8).

Hace una descripción detallada de la manera como este hechicero practica sus curaciones: escoge las tinieblas de la noche a fin de comunicarse con el “sangarite”, espíritu con quien entabla un diálogo ininteligible para los demás, antes de proceder a las prácticas de succión para extraer la chonta, que también ellos creen ser la causa de las enfermedades dolorosas.

Por otra parte el Padre Avencio Villarejo dice: “Tan arraigada está entre los indígenas más atrasados la idea del poderío del brujo que no hay muerte ni dolencia si no es provocada por él”.

“Para desencantar o quebrar el hechizo el brujo ícara a la víctima. Los ícaros consisten en oraciones, cantos, misteriosos ademanes, insuflaciones y chupadas que el brujo ejecuta sobre el enfermo a modo de exorcismos. Cuando la enfermedad es un “mal aire”, ordinariamente se cura con el humo del tabaco: el brujo llena de tabaco picado su cachimbo de cumaceba que necesariamente ha de tener la boquilla de hueso de mono o de achuni; estudia con detenimiento donde se ha localizado el mal; reza unas oraciones, que son verdaderas abracadabras; da una chupada al cachimbo, sopla el humo sobre el enfermo y le chupa la parte doliente”...

“Si la enfermedad es algo más seria que un mal aire y ha penetrado profundamente en el cuerpo o en el espíritu —todo lo cura el brujo—

## INFORMACIONES SOCIALES

será preciso recurrir a otra técnica: hay que extraerle el mal que le han "cutipado".

"Para ello prepara una tisana con hierbas que él conoce o simplemente con agua y limón; no descuida de hacer las oraciones y ademanes de ley; ícara la tisana, toma un sorbo, y sin tragarlo, aplica su boca a la parte enferma; hace varias chupadas fuertes, sucias y sonoras y luego, ante el espanto de los presentes, van saliendo de la boca del brujo, envueltos en una baba gelatinosa, gran cantidad de huesos de víbora, púas diversas y trocitos de pona que él extrajo del enfermo con sus chupadas y que eran los causantes de todo el mal". (9)

Todas estas observaciones han permitido interpretar los hallazgos de los arqueólogos y deducir que los primitivos hombres prehistóricos de las cavernas tenían la misma concepción mágica de la enfermedad.

Las exploraciones en las cuevas naturales en donde vivieron los hombres primitivos han permitido encontrar esqueletos, útiles de piedra, armas, huesos tallados, etc. en todo semejante a los objetos que hoy utilizan las tribus salvajes y lo que es más importante, pinturas rupestres que nos permiten deducir cómo vivieron y lo que observaron.

Una de esas pinturas es particularmente importante para nosotros: es la que representa el hechicero de Cro-Magnon. Fué descubierta por los tres hijos del Conde de Begoën, en una cueva de Ariège, Francia. Haggard, en su interesante libro "El Médico en la Historia", hace su descripción en los términos siguientes: "Nuestro hechicero está ataviado de una manera fantástica, con la piel de un animal, en la cabeza lleva los cuernos de un reno, sus orejas parecen las de un oso, calza guantes con garras, completando su atavío una larga barba ondulante y la cola de un caballo. Está medio agachado, como dando un paso de baile en una danza ceremonial y preside sobre los animales allí pintados como lo hizo en vida cuando, gracias a su magia, los cazadores de su tribu hallaron caza en abundancia y su pueblo se veía libre de enfermedades. Este es el hechicero de Cro-Magnon, hechicero y médico". (10)

Junto a estas prácticas puramente mágicas se observan otras de carácter claramente empírico que son el fruto de la observación repetida de hechos.

El uso de los medicamentos que pudo haber tenido en su origen el propósito de ahuyentar a los espíritus del mal, ha conducido a la medicina empírica al descubrimiento de drogas realmente eficaces.

"El hombre primitivo atribuía a los espíritus gustos iguales a los suyos y así imaginaba que yerbas amargas o cualquier menjunje de mal sabor, que a él le repugnaba, también tenía que repugnar al espíritu que saldría huyendo de un cuerpo que se nutría de tales mescolanzas. De acuerdo con esta idea el salvaje confeccionaba unos medicamentos compuestos de frutos amargos, cortezas, raíces, cieno, carne de ciertos animales o cualquier otra cosa que pusiera en derrota a los espíritus". (10)

Por otra parte, la observación repetida de la influencia nociva de ciertos alimentos y de algunas prácticas de su vida diaria le enseñaron a evitarlas. "De esta manera lenta y dolorosa iba el salvaje aprendiendo muchos de los principios sobre los que se basa lo que nosotros llamamos Higiene. El salvaje veía como ciertas frutas silvestres estaban habitadas por espíritus que mataban a los hombres; como al acercarse a las hojas

## INFORMACIONES SOCIALES

de ciertos árboles o de ciertas plantas trepadoras, se metía un espíritu debajo de la piel, que la ponía en carne viva; como el pescado que se había podrido al sol estaba poseído por un espíritu particularmente violento, que causaba dolores agudísimos; de modo que había que comer el pescado cuando estaba fresco y tirarlo en caso contrario y apartarse de las plantas misteriosas que ocultan espíritus. También había que apartarse de ciertos lugares, llenos del zumbido de unas moscas que salían de las matas a picar a los hombres y animales y donde habitaban unos espíritus que causaban la enfermedad del sueño; y de ciertos pantanos donde habitaban otros que daban a los hombres temblores de escalofríos y ardores de fiebre”.

“Paso a paso, a fuerza de calamidades, iba adquiriendo el hombre un conocimiento práctico de la higiene, que después legaba a sus descendientes”.

“Más no siempre fué un observador cuidadoso y lo bastante crítico en materia de higiene. Sus temores y falsas teorías lo predisponían a ver peligros en donde no existían y así, mas de una vez se equivocó en cuanto a la morada de los espíritus; y a propósito de una serie de cosas y de actos inofensivos creó una huaste de prohibiciones que, con lo que debía o no debía hacer, agobiaban su vida”. (10)

En cuanto al **hombre pre-histórico** peruano, nuestros conocimientos no van tan lejos. Tello en el XXVII Congreso Internacional de Americanistas reunido en Lima en 1939 decía: “La arqueología del país de los Incas no cuenta todavía con un cuadro general de clasificación de las antigüedades que permita definir las culturas por sus elementos característicos integrantes ni con una nomenclatura para designarlas y distinguirlas apropiadamente”.

“En el curso de las investigaciones arqueológicas se han designado a las culturas con nombres de tribus y naciones (Chimú, Chíncha, Muchik e Inka), de lenguas (Keshua, Aymará, Muchik y Puquina); de regiones naturales (Yunga, Kolla) o de sitios geográficos (Nasca, Recuay, Chavín, Chancay, etc.)”.

“Para indicar la posición que ocupa la cultura en el desarrollo cronológico de la civilización andina se usan los prefijos Proto, Pre, Sub, Oide, como Proto-Chimú; Pre-Chimú, Sub-Chimú; Recuoide, etc.”. (11)

Charles Mead decía en 1942: “Fuera de algunos vagos atisbos de un pueblo rudo pescador que vivía a lo largo de la costa y de los primitivos cazadores de la sierra, estamos en casi completa ignorancia de la larga historia que debe haber precedido a esas civilizaciones complejas de Nazca y Chimú”. (12)

Según Philips A. Means: “El hombre no es autóctono de América. Es probable que los primeros inmigrantes fueran extremadamente primitivos. No hay evidencia de que ninguna de esas olas de inmigrantes hubiera sobrepasado la etapa de cazadores-pescadores. Se cree generalmente que todos los avances hacia una cultura material e intelectual tuvieron un desarrollo autóctono”.

“Sólo después de haberse establecido sedentariamente es que comenzó a desarrollarse la cultura. Esta primera fase a falta de una denominación mejor, la llamaremos arcaica (desarrollo de artes de primera necesidad, alfarería, utensilios de madera, de hueso y de piedra; do-

## INFORMACIONES SOCIALES

mesticación de animales). Actualmente existen todavía en América algunas culturas arcaicas". (13)

Posteriormente se ha dado una orientación más científica a los estudios de la evolución cultural de la humanidad. La adopción de la teoría evolucionista multilínea, "que concibe la cultura como la forma concreta de conducta que caracterizan a las sociedades de diferentes épocas y lugares" (14), se funda en esa orientación.

En el Symposium sobre las Civilizaciones de Regadío, celebrado por la American Anthropological Association en Tucson, Arizona, en 1953, Donald Collier, al desarrollar el tema: "El desarrollo de la Civilización en la Costa del Perú" adopta las siguientes etapas o épocas del desarrollo cultural de la costa septentrional del Perú: Agrícola incipiente, hasta aproximadamente 1,200 años A. C., Formativo temprano y Formativo tardío hasta 200 años D. C.; Floreciente Regional hasta 1,000 D. C. y Expansivo Militarista hasta la Conquista en 1532.

"Durante la relativamente larga época de la Agricultura incipiente, la producción rudimentaria de comida era incapaz de mantener algo más que una población diseminada o pequeñas aldeas en lugares de pesca abundante. Las artesanías eran muy simples y sin especializar, y la organización se basó probablemente sólo sobre el parentesco. Durante la época Formativa la adopción de la agricultura intensiva basada en el regadío produjo un gran incremento de población, acompañado del desarrollo de nuevas tecnologías, arte especializado y construcciones religiosas. El esfuerzo comunal fué dirigido por Jefes-Sacerdotes. Hacia el fin de la época se construyeron fortificaciones sencillas para defenderse de incursiones. Las causas de estas primeras guerras son desconocidas".

"Durante la época Floreciente regional las potencialidades de la tecnología Formativa se explotaron por completo, y la población llegó al máximo. La alta productividad agrícola permitió una intensa especialización de oficios, grandes realizaciones artísticas y la construcción de arquitectura religiosa monumental. La sociedad estuvo fuertemente estratificada y organizada en estados teocráticos. Hacia el fin de la época, la guerra se usó en la costa norte como un instrumento para la expansión del Estado".

"No hubo progreso fundamental durante la época de la Expansión militarista, aunque la organización de los oficios para la producción en masa y el desarrollo de instrumentos de bronce tuvieron considerables consecuencias. Las nuevas formas sociales, desarrolladas en parte como respuestas al militarismo creciente, se alcanzaron sin incrementar la producción de comida. El urbanismo resultó de la creciente especialización social y económica". (15)

En todo caso, desde el punto de vista que nos interesa, no hay ningún estudio que nos permita conocer la evolución de las ideas sobre enfermedad en el curso de esas diferentes etapas culturales.

La referencia más concreta a la relación del concepto de enfermedad con la religión en las culturas arcaicas del área andina que conocemos, es la de Means quien al tratar del asunto de la religión dice: "El más antiguo y humilde grado de religión desarrollado en el área andina, es la serie de cultos de objetos inanimados o por lo menos sub-humanos

## INFORMACIONES SOCIALES

a los que se considera como teniendo alma y una personalidad capaz de hacer mal o bien al hombre”.

“Los objetos que reciben esa clase de culto religioso (sean animados o inanimados) se designan con el nombre genérico de huaca (cosa sagrada) y conopas o dioses privados. Algunas veces las conopas pasaban al reino de la medicina, como en el caso de las “piedras bezoar” que eran valoradas en relación a su origen: las que se encontraban en el vientre de las vicuñas eran las más apreciadas, las de los venados en segundo lugar y las de huanacos y llamas las menos valiosas”. (13)

Este culto ha persistido a través de etapas culturales más avanzadas aún cuando formas más elevadas de cultura religiosa fueron apareciendo y aún hoy subsisten en los elementos indios de las culturas andinas.

En la “Historia de la Medicina Peruana” de Juan B. Lastres no se establece con precisión a qué estratos culturales corresponden las diferentes creencias y costumbres. Haremos referencia a ellas al ocuparnos del Imperio Incaico.

## II.—EL CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD EN LAS ANTIGUAS CIVILIZACIONES HISTÓRICAS

a) **EGIPTO.**—Para la civilización egipcia, dioses y espíritus siguen siendo los causantes de las enfermedades: “pero el mundo de los espíritus de los egipcios, era de una organización superior al de los salvajes; a medida que las relaciones sociales de los hombres habíanse hecho más complejas, a causa de la civilización, también el mundo fantástico de los espíritus habíase complicado más y más”.

“Habían éstos pasado de meros seres primitivos que habitaban los árboles y ríos, animales y piedras, a convertirse en los súbditos de un mundo en el que tenían diferentes grados, como soldados de un ejército. Y como simples soldados los espíritus de grado inferior acataban las órdenes de generales todopoderosos que eran los dioses. Cada pueblo egipcio tenía su patrón, dios o diosa, representado en el templo por un ídolo, que en muchas ocasiones ostentaba por cabeza la de un animal”. (10)

Entre los dioses como entre los hombres, habían enemistades y luchas que se traducían en males para la humanidad. Apep, el dios de las tinieblas era enemigo de Ra, el dios Sol, y sostenía con él grandes batallas para impedir que saliera en las mañanas pero era siempre derrotado. Set, dios del Alto Egipto, tuvo también un combate con su hermano el dios Osiris y al ser derrotado se convirtió en un espíritu maligno dedicado a diseminar enfermedades.

Eran los sacerdotes los que sabían todo lo que sucedía a los dioses y conocían las fórmulas mágicas para conseguir la protección de los dioses buenos y ahuyentar a los espíritus malignos productores de enfermedades.

Uno de estos sacerdotes, Imhotep, “que vivió hace cerca de cinco mil años, durante el reinado del Rey Zoser, faraón de la tercera dinastía” alcanzó la más grande fama por su sabiduría y poder para curar los enfermos. Escribió en forma de proverbios todo cuanto observó y aprendió.

## INFORMACIONES SOCIALES

Sus palabras pasaron a formar parte de la tradición nacional. Cuando murió le erigieron estatuas. El pueblo invocaba su ayuda en las enfermedades porque creía que el espíritu de un hombre que fué tan bueno y sabio, tenía que conservar su bondad y poder para seguir curando desde el otro mundo. Con el tiempo crecía su fama hasta que al cabo de los siglos fué deificado y se convirtió en el dios egipcio de la salud y de la medicina. Se levantaron templos en su honor. En ellos los sacerdotes consagrados a su culto atendían a los enfermos.

Imhotep y sus sacerdotes escribieron en papiros las descripciones de las enfermedades y su tratamiento. Esos papiros constituyen las principales fuentes de la historia de la medicina egipcia.

En el de Leyden se encuentran invocaciones al demonio Uh-tu, causante de la inflamación, como también al demonio causante de los tumores.

Muchos de los conocimientos adquiridos por los sacerdotes eran esotéricos. Según esas doctrinas el cuerpo está formado por la combinación de cuatro elementos; el hombre se conserva en buena salud por un soplo misterioso que es transportado a todo el organismo por los canales de irrigación que, desgraciadamente, acarrean también los principios vitales y los elementos morbíficos.

La civilización egipcia, socialmente muy avanzada, poseía una legislación detallada en materia de higiene: habían prescripciones severas sobre la higiene de la habitación, normas sobre la alimentación, las relaciones sexuales, etc., que podrían hacer suponer que conocían la influencia de estos factores sobre la salud. Pero según Castiglioni "es difícil distinguir entre las prescripciones higiénicas y los preceptos religiosos. Muchas prescripciones que parecen tener objetivo higiénico derivan en realidad de conceptos mágicos y de prácticas apotropaicas". (17)

b) **MESOPOTAMIA.**—La concepción mágico-religiosa de la enfermedad se observa también tanto entre los sumerios como entre los caldeos y asirios.

"Los dioses eran innumerables, cada hombre tenía un dios particular y a menudo varios dioses y aún diosas. Si el dios guardián se sentía ofendido, dejaba de proteger a la persona y entonces se apoderaban de él los demonios, es decir las enfermedades. El dolor de cabeza era especialmente un signo de que el dios o la diosa estaba ofendido. Los hombres vivían abrumados de peligros en un mundo poblado de espíritus. Existían innumerables demonios que se complacían en atormentar a la humanidad. Tenían formas semi-animales, semi-humanas y eran malignos". (18)

Entre esos Labartu mataba a los niños pequeños; Labaru causaba la parálisis; Akh Kassi, amarilleaba y ennegrecía los rostros, etc.

Los caldeos impulsaron considerablemente la astronomía y las matemáticas y estos conocimientos influyeron en su concepción del mundo. Según Dieppen (19) tres ideas dominaban en Caldea: la reglamentación de todo lo existente según voluntad divina; el dominio de las estrellas en el que se revela el poderío de los dioses sobre el mundo y los hombres, y la idea de la alta significación de los números. De ahí los tres aspectos de la medicina de los caldeos: teúrgica, astrológica y sujeta a fuerte influencia de los números.

## INFORMACIONES SOCIALES

c) **PERSIA.**—La creencia en las causas sobrenaturales de las enfermedades adquieren en Persia una característica nueva: Zoroastro, aproximadamente en el siglo VII A. J. C. predicó la idea del bien y del mal: “No hay más que un Dios y su adversario, y este dios, Ahru Mazda pone al hombre ante una elección; el mundo está lleno de espíritus malos, de mentiras; el hombre debe servir a Ahru Mazda y a la verdad (Ormuz), Mazda hizo al mundo bueno; Ahriman fué quien introdujo el mal en la creación”.

En el Vendidad, uno de los libros que contiene la filosofía persa, se menciona la impureza y se prescribe con exactitud la purificación tanto corporal como moral. Una severa legislación prescribía el alejamiento de los impuros (enfermos de lepra).

d) **JUDEA.**—El monoteísmo hebreo da a su concepción de salud y enfermedad una característica diferente: sólo Dios puede dispensar la salud. La enfermedad por voluntad divina es atribuida al castigo por las culpas cometidas o como una prueba a que somete al hombre. Tal el caso de Job o aún por faltas cometidas por los antepasados que deben ser purgadas por varias generaciones.

El concepto del contagio se definió por primera vez en el Levítico, aunque todavía confundido con el de “impureza”. “Un individuo llega a ser impuro mediante procesos fisiológicos, como la menstruación y el parto y por procesos patológicos como el derrame de la uretra. Esta impureza es contagiosa. Quienquiera que toque a una persona, animal o cosa impura es también impuro y debe someterse a ritos especiales de purificación”. (20)

Las prácticas higiénicas que son impuestas a los hebreos por los sacerdotes, tienen por objeto preservar la pureza del cuerpo en relación con Dios. “Quien por un motivo cualquiera es considerado impuro, “tame”, sea porque haya cometido una mala acción o que escé enfermo con enfermedad contagiosa puede llegar a ser puro, “taer”, mediante ceremonias de las que tenemos por ejemplo una exacta descripción en la purificación del leproso y en la que tiene gran parte el baño”. (17)

e) **GRECIA.**—Los primeros datos históricos que se tienen del concepto griego de la enfermedad se encuentran en los Poemas Homéricos que, “hacia el siglo VIII A. de J. C. eran considerados por los griegos como síntesis de la sabiduría divina y humana”. (21). Según ellos es Apolo quien con sus flechas, que dan siempre en el blanco, causa las enfermedades y la muerte del hombre. También le es dable alejar la muerte cuando el ser humano se reconcilia con él por la expiación y sacrificios. Por esto se le invoca contra todo mal.

Su hijo Asclepios era adorado como el Dios de la medicina en cuyo arte fué enseñado por el Centauro Quirón. El culto a Asclepios que se originó en la Tesalonia Tricca, se fué extendiendo paulatinamente por toda Grecia.

Los hijos de Asclepios fueron los médicos Macaon y Podalirio; la distribuidora de la salud, Hygieia; Jaso la sanadora y Panacea la curadora de todo mal.

“Artemisa fué adorada en los pueblos del Peloponeso, como diosa de

## INFORMACIONES SOCIALES

la fecundidad. Hace crecer no sólo toda clase de plantas sino animales, jóvenes y niños. También aparece como hábil cazadora generalmente con flechas y arco que utiliza para enviar la muerte a las mujeres, especialmente en el momento del parto". (28)

Pero no son sólo los dioses los que pueden producir la enfermedad y la muerte. El descuido al culto de los antepasados muertos puede ser castigado por las almas que son capaces de atraer esos males.

Para buscar amparo contra esas fuerzas es necesario recurrir a ceremonias propiciatorias.

f) **ROMA.**—Durante los primeros siglos de la formación de la cultura romana, el concepto de enfermedad era de carácter mágico-religioso. Numerosas eran las divinidades que se invocaban para curar las enfermedades y proteger la salud: Carna, una de las diosas de la salud más antiguas, era protectora de las funciones vitales. Defendía al hombre de los strigae, sedientos de sangre y a ella estaba dedicado el primer día de junio (kalendas fabarie), Febris y Mephitis eran invocadas contra las fiebres que predominaban en la campiña. Carmenta, Lucina y otras divinidades protegían a la mujer en cinta, el parto y al recién nacido. Mutus-Tutunus era el dios de la concepción femenil y de la fecundación masculina. Uterina, Cunina, Mena y Runina se ocupaban de los hechos relacionados con la vida sexual. (17)

El constante contacto de los romanos con los griegos dió lugar a que la mitología griega se incorporara a la cultura romana. El culto a Asclepios, principal dios de la medicina griega, se inició en Roma el año 293 A. de J. C. a raíz de una grave epidemia que la invocación a las romanas no consiguió yugular. Los romanos decidieron, entonces, mandar una delegación a Epidauro para lograr el auxilio de Asclepios. Los griegos los recibieron con fiestas y a su regreso a Roma fundaron en una isla del Tíber, frente a Roma el primer templo a Esculapio, nombre latino que se dió a Asclepios. Roma se vió libre de la peste.

g) **EL IMPERIO DE LOS INCAS.**—Aún cuando el Imperio de los Incas se desarrolló aproximadamente entre los siglos XI y XVI, por su estado cultural debemos considerarlo junto a las civilizaciones de la antigüedad. Efectivamente, como vamos a verlo en seguida, las ideas que tenían acerca de la enfermedad eran también de carácter mágico-religioso.

La falta de escritura y el desconocimiento que tenemos de la interpretación de los quipus, (si es que éstos tuvieron realmente algún valor para registrar acontecimientos y traducir el pensamiento) no nos permite conocer con exactitud cuáles eran los conceptos de salud y enfermedad que tenían los habitantes del Imperio de los Incas.

Las crónicas escritas por los primeros españoles que vinieron con Pizarro y por los que posteriormente se preocuparon por adoctrinar a los indios en la religión católica y tuvieron el encargo de "extirpar la idolatría" no traducen, probablemente, con exactitud el pensamiento indio que ha debido sufrir cierta transformación al ser interpretado por personas en cuyo pensamiento dominaba fuertemente una doctrina religio-

## INFORMACIONES SOCIALES

sa propia. Algunos de ellos estaban convencidos que los indios "idólatras" estaban poseídos por el demonio.

Debemos, sin embargo, atenernos a la interpretación de las leyendas y mitos, costumbres y procedimientos curativos descritos por los cronistas, para deducir los conceptos o mejor dicho creencias que en materia de enfermedad tenían.

Los estudios etnológicos contemporáneos sobre los quechuas y aymaras en cuyo pensamiento superviven, más o menos modificadas, ideas y creencias ancestrales, son también elementos de juicio que comparados con los anteriores nos permiten comprender, por lo menos aproximadamente qué era lo que pensaban los hombres del incanato.

Veamos primero lo que dicen los cronistas: Según Polo de Ondegardo: "Tenían por opinión que todas las enfermedades venían de pecados que viuesen hecho. Para el remedio vsauan de sacrificios y ultra deso tambien se confesauan vocalmente quasi en todas las prouincias y tenían confesores diputados para esto: mayores y menores, y pecados reservados al mayor y recibían penitencias y algunas veces ásperas, especialmente si era hombre el que hacia el pecado y no tenía que dar al confesor. Y este oficio de confesar también lo tenían las mujeres. En las prouincias de Collasuyo fué y es mas universal este vso de confesores hechiceros que llaman ellos Ychuri".

"Esta confesión vsan también cuando están enfermos sus hijos o sus mujeres o marido o su cacique o cuando están en algunos grandes trabajos. Y cuando el Ynga estaua enfermo se confesauan todas las prouincias, especialmente los Collas". (22)

Villagómez ratifica esta creencia en la enfermedad como castigo divino: "La confesión la usaban no solamente en las grandes solemnidades, sino cuando estaban enfermos, porque entienden que por sus pecados están enojados los Malquis y las Huacas". (23)

Los Malquis, eran los espíritus de los antepasados muertos y las Huacas los lugares y objetos sagrados.

Las ceremonias de purificación que seguían a las confesiones hacen pensar que ellos creían que las enfermedades eran además entes individuales capaces de ser sacados del cuerpo y llevados lejos.

"El Inga no confesaua sus pecados a ningún hombre sino al Sol, para que él le dijese al Viracocha y le perdonase. Después de confesado el Inga hacia ciertos lauatorios para acauar de limpiarse de sus culpas; y era en esta forma que poniéndose en un río corriente dezia estas palabras: yo e dicho mis pecados al Sol, tu río los recibes, lleualos a la mar donde nunca mas parezcan. Estos lauatorios tambien usauan los demas que se confesauan con ceremonia muy semejante a la que los moros usan, que ellos llaman guando y los indios llaman Opacuna. Y cuando acacia morirsele a algun hombre sus hijos, le tenían por gran pecador, diciendo que por sus pecados sucedia que muriese primero el hijo que el padre. Y a estos tales cuando despues de auerse confesado hazian los lauatorios llamados opacuna, les auian de azotar con ciertas ortigas algun indio monstruoso como corcovado y contraecho de su nacimiento". (Polo de Ondegardo). (23)

Esta creencia se expresa más claramente aún en el significado y el

## INFORMACIONES SOCIALES

ritual que observaban al celebrar la gran fiesta anual del Coya Raimi llamada también Citúa: "La razón porque hacían esta fiesta llamada Citúa en este mes, es porque entonces comenzaban las aguas, y con las primeras aguas suelen aver muchas enfermedades, para rogar al Hacedor que en aquel año, así sea en el Cuzco, como en todo lo conquistado del Inca, tuviese por bien no la hubiese, para lo cual hacían lo siguiente: el día de la conjunción de la luna, a medio día, iba el Inca con todas las personas de su consejo y los más principales Incas que se hallaban en el Cuzco, al Ccoricancha, que es la casa del Sol y templo donde hacían su cabildo, tratando de qué manera se haría dicha fiesta, porque en unos años añadían o quitaban de la fiesta lo que les parecía convenía para la fiesta".

"I así acordado lo que habían de hacer, el sacerdote mayor del Sol, o Uillac Umo, y el Inca, salían todos, y el sacerdote a las gentes que estaban juntas, como el Hacedor tenía por bien se hiciese la dicha fiesta o Citúa, para que se echasen todas las enfermedades y males de la tierra y a esta acudía y estaba gran cantidad de gente armada a uso de guerra, con sus lanzas, en la plaza que delante del templo estaba, todos a punto de guerra y en su ordenanza. Para este efecto llevaban al templo del sol, las figuras llamadas Chuquilla y Huiracocha, que tenían su templo por sí en Pucamarca y Quishuarcanchi, y hacíase el dicho cabildo con los sacerdotes de dichas huacas, y con su acuerdo de todos, salían y el sacerdote del sol publicaba la dicha fiesta".

"I así con este acuerdo, habiendo primero echado del Cuzco, a dos leguas de él a todos los forasteros que no eran naturales, y a todos los que tenían las orejas quebradas, y a todos los corcovados, y a los que tenían alguna lesión o defecto en sus personas, diciendo que no se hallasen en aquella fiesta, porque por sus culpas eran así hechos, y que hombres desdichados no era justo se hallasen allí porque no estorbasen con su desdicha alguna buena dicha; echaban también los perros del pueblo, porque no aullasen. Y luego, las dichas gentes que a punto de guerra estaban, salían a la plaza del Cuzco, las cuales venían dando voces diciendo: "Las enfermedades, desastres, peligros y desgracias, salid de esta tierra". Y en la plaza, en medio de ella adonde estaba el utco (agujero) de oro, que era a manera de pila, adonde echaban el sacrificio de la chicha. Cuando venían hallaban que estaban a punto de guerra cuatrocientos indios alrededor de la dicha pila, vueltos los cien el rostro a Collasuyo, que está al nacimiento del sol, y otros cien vueltos los rostros al poniente, que es el camino del Chinchaysuyo, y otros ciento el rostro al setentrión, que es el camino al Antisuyo, y ciento los rostros al mediodía, y tenían todos los géneros de armas que ellos usaban. Al tiempo que llegaban los que venían del templo del sol, todos alzaban graves voces diciendo: "Vaya el mal afuera". Y salían todos cuatro escuadrones, cada uno para el lugar que estaba dedicado, saliendo los que estaban para Collasuyo, con gran ímpetu hasta la angostura de Acoyapongo, que será dos pequeñas leguas del Cuzco; e iban dando voces diciendo: "salga el mal afuera", elevaban estas voces las gentes de Hurin Cuzco, y allí les entregaban a los mitimaes de Hayparga, que ellos las entregaban a los mitimaes de Antahuaylla, y los mitimaes de Antahuaylla las entregaban a los mitimaes de Huayra-

## INFORMACIONES SOCIALES

pacha, y ellos las llevaban hasta el río Quiquijana, y allí se bañaban ellos y las armas que llevaban. etc.”.

“La razón porque a estos ríos las llevaban, eran porque son ríos caudalosos, y que entienden que va a dar a la mar, y para que ellos llevarsen las enfermedades. Y cuando empezaba la vocería en el Cuzco, salían todas las gentes de los sitios grandes como pequeños a sus puertas, dando voces, sacudiendo las mantas y llicllas diciendo: ¡Vaya el mal afuera!”. (23)

Ha debido subsistir también en el Incanato, como todavía persisten en ciertos grupos culturales contemporáneos de nuestro país, la creencia primitiva del origen puramente mágico de la enfermedad, es decir la creencia en que, en determinadas ocasiones, las enfermedades se deben a la influencia sobrenatural de algunas personas, animales, objetos o fenómenos metereológicos.

Tanto Valdizán y Lastres, nuestros principales historiadores de la medicina peruana, como D’Harcourt(24), enumeran la gran variedad de brujos, hechiceros y adivinadores que actuaban en el Incanato según relatos de los cronistas.

Aún cuando en las transcripciones de las crónicas hechas por los citados autores no se hacen referencias concretas a la actuación de esos brujos como curanderos, ellos suponen que las prácticas adivinatorias y de hechicería eran utilizadas también para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades de origen mágico.

Por último, los cronistas señalan la existencia de curanderos propiamente tales, los **hampicamayoc**, dedicados exclusivamente al arte de curar. Ellos utilizaban para sus curaciones, plantas medicinales cuyo uso subsiste hasta hoy y algunas de las cuales, como la cascarilla y la coca, para no citar sino las más connotadas, han dado a la farmacopea mundial remedios muy útiles.

“Los curanderos indios fueron llamados por sus jefes para tratar a Atahualpa enfermo en la prisión, “llamaron para curarlo a grandes herbolarios que se aseguraron de su temperatura tomándole el pulso, no en el puño como los médicos de aquí, sino en lo alto de la nariz, entre las cejas y le dieron a beber jugos de plantas muy eficaces. Una de ellas llamada Paico, que provoca una sudación abundante, seguida de sueño reparador que impide vuelva a subir la fiebre...”. (Garcilaso) (23).

¿Pueden esas prácticas interpretarse en el sentido de que ellas responden a una creencia en que hay enfermedades naturales cuya esencia desconocen, y no tratan de entenderla o debemos aceptar que ellos piensan, simplemente que esos remedios actúan por influencia mágica?

Para John H. Rowe, “todas las enfermedades tienen causas sobrenaturales. Aún las yerbas medicinales se usaban por razones mágicas más que por comprensión de algún proceso fisiológico”.

“Las enfermedades podían ser causadas por: seres sobrenaturales enojados por el pecado o por negligencia en su culto, acción mágica de brujos pagados por los enemigos, exposición a las fuerzas malignas que se creía residían en ciertos manantiales o vientos; pérdida del alma a consecuencia de un susto”.

“La enfermedad podía adoptar la forma del cuerpo extraño aloja-

## INFORMACIONES SOCIALES

do en el cuerpo, desplazamiento de órganos o simplemente una influencia mágica". (25)

Veamos ahora lo que dicen las observaciones y estudios etnológicos de los actuales quechuas y aymarás.

Adolfo Bandelier es probablemente el primer etnólogo que se ha ocupado de los aymarás. Comenzó sus estudios sobre las islas del Titicaca y Keatí en julio de 1892 y residió entre los indios aymarás de esas islas durante tres meses y medio del año 1895.

Considera este autor que es muy difícil obtener información directa de sus creencias, ideas y conceptos. Piensa que los hechiceros y curanderos conservan conocimientos esotéricos que tratan de guardar celosamente.

De sus observaciones deduce que los aymarás de esas islas están firmemente convencidos de la existencia de espíritus malignos de los que el *supaya* es el principal. Sin embargo acepta como aplicables a los aymarás la definición del fetichismo dada por Cushing según la que "suponen al sol, la luna y las estrellas; al cielo y la tierra y al mar en todos sus fenómenos y elementos y a todos los objetos inanimados, así como las plantas, animales y hombres, como pertenecientes a un gran sistema de vida todo consciente y relacionado entre sí". Pero señala que el aymará de las islas "presta atención particular a los "Achachilas", literalmente abuelo, espíritu que mora en todo lugar prominente, en todo objeto notable y a quien se le supone ejercer una influencia constante sobre el hombre". (26)

Como ilustración de este concepto señala la ceremonia previa que se llevó a cabo bajo la dirección del hechicero, para echar abajo unas paredes que formaban parte de un edificio. Ceremonia de invocación y sacrificio llamada *ttinca* y que tiene por objeto dar al achachila que allí reside, remuneración compensatoria para evitar su enojo y los males que pueda causar. En esa ceremonia empleaban algunas cosas antiguas como el feto de llama y otras modernas como el incienso.

Por otra parte a Dios y los santos del cristianismo los consideraban también como beneficiosos. Sin embargo algunas enfermedades son atribuidas a un viento maligno debido a algún santo: *pacha ayre* y *santo ayre*. De aquí que en algunos villorrios no toleraban ninguna imagen de santo en sus casas por temor al viento maligno que pueden producir.

Existe también la creencia de que los huesos de los gentiles (antepasados muertos) podían ser introducidos en el cuerpo de otras personas por medio de brujerías malignas y extraído por el brujo mediante la succión.

Otro hecho que confirma la creencia en la potencia sobrenatural de todos los objetos es la recomendación que le hacían y que relata **Bandelier**: "cada vez que algunos de nosotros se lastimaba accidentalmente cayendo contra alguna piedra, nos insinuaban que arrancáramos un pedazo de roca, la moliéramos y diluída en agua la tomáramos a fin de evitar que la misma roca nos volviera a lastimar". (26)

El estudio etnológico moderno más complejo de los aymaras que conocemos es el de Harry Tschopik Jr. quien residió con su esposa en Chucuito desde marzo de 1940 hasta junio de 1942. Utilizó como colaborador para coleccionar casos, autobiografías y otro material a Clemente Cutimbo, natural de esa región.

## INFORMACIONES SOCIALES

Según este antropólogo: “es inútil tratar de trazar una distinción inflexible entre religión, magia, adivinación, brujería y curandería, ya que todas estas categorías arbitrarias son meros aspectos de un problema central: las maneras con las que el aymará conceptualiza y trata con seres sobrenaturales”.

“El distrito de Chucuito está tan densamente poblado por seres sobrenaturales que es literalmente imposible enumerarlos todos ellos. Habitan cada pico de montaña, cada lago, cada corriente. Viven bajo las casas, iglesias, campos y acechan en cuevas, en ruinas y en formaciones rocosas de forma irregular. Es en la vecindad de la habitación humana sin embargo, que ellos son más importantes y cada hombre debe preocuparse de conocer los que habitan cerca de sus campos y sus casas. Si se ha mudado recientemente de pueblo, de la ruta de su ayllu y los nombres de los espíritus vecinos le son desconocidos, un mago puede descubrirlos. Como se verá más tarde, es de vital importancia que él establezca buenas relaciones con ellos”. (27)

“Los aymarás de Chucuito no trazan una distinción muy definida entre espíritus buenos y malos, que ellos llaman achachila (abuelo), y los demás (siempre malévolos) quienes con el diablo del cristianismo, son clasificados juntos bajo el término general de “supaya”. (27)

El autor hace la siguiente clasificación de los seres sobrenaturales de Chucuito: 1) espíritus; 2) demonios; 3) deidades derivadas del cristianismo; 4) almas y fantasmas.

“Los seres sobrenaturales de Chucuito están colocados en jerarquías que dependen de sus poderes para el bien o el mal y de su inteligencia. Los de menor importancia, en la opinión de los informantes, son los *uiwiri*, guardianes, que habitan en cada vivienda. Les siguen en rango los espíritus de los lugares, fantasmas y almas y numerosos demonios y diablos. Superiores entre estos son los espíritus de las montañas, lagos, ríos y los santos. La cúspide de la jerarquía es ocupada por Dios (a menudo confundido con Cristo o con el Sol) y por la Virgen”.

“Con excepción de Dios los varios seres sobrenaturales toman interés activo en los asuntos de los aymarás y controlan tanto los fenómenos naturales como los destinos de los hombres”. (27).

Pero no es un interés genuino por el bienestar humano y por eso ninguno actúa espontáneamente. Se les puede manejar para el bien por la magia y para el mal por la brujería.

“La habilidad para emplear la magia, manipular las fuerzas sobrenaturales y aplicarlas o dirigir las a la solución de los problemas del hombre no es prerrogativa exclusiva de una clase particular de especialistas. Más bien los poderes de adivinar lo desconocido, curar enfermedades, e inducir a los espíritus a actuar, es compartida por varias categorías de individuos que poseen más o menos poder previo, entrenamiento especial. Para Chucuito estas diferentes profesiones pueden ser enumeradas como sigue: 1º paqo (mago); 2º laiqa (brujo); 3º qolasiri (doctor) 4º Yatiri (adivino) 5º Cáliri (quiropático) y 6º Usuri (partera).

“Todos ellos emplean una o más técnicas adivinatorias y todos curan alguna enfermedad o son consultados profesionalmente en relación con las enfermedades”.

## INFORMACIONES SOCIALES

“En Chucuito algunas enfermedades son claramente debidas a brujería sea directa o indirectamente”.

“Otras, sin embargo, son enviadas por espíritus por su propia voluntad (por haber sido ofendidos o menospreciados) o por demonios malévolos permanentemente por naturaleza”.

“Otras aún son contraídas por influencia de almas y fantasmas. Algunas se deben a pérdida accidental del alma, mientras que otras al raptó del alma. Las hay además, como la enfermedad **chullpa**, que resultan de la intrusión de un objeto extraño, sea por descuido, sea por maquinación de hombres o demonios. Por último algunas enfermedades son indiscutiblemente atribuidas por el aymará de Chucuito, a causas naturales. Entre estos varios males son (o se piensa que son) producidos durante el nacimiento: las fracturas, torceduras, dislocaciones inclusive de órganos internos y también frecuentes y comunes malestares como el dolor de cabeza, resfríos y reumatismo”. (27).

Las observaciones sobre los indígenas quechuas que hemos podido consultar son más restringidas. Según Mejía Xesspe (29), también los quechuas creen que todos los montes, cerros, quebradas, peñascos, ríos, puentes, etc. tienen una deidad personificada.

Piensan que las figuras de gato, cabra y gallo son representativas del **supay** (diablo) que habita en los riscos, cascadas, quebradas profundas, páramos, desiertos, etc.

En cuanto a sus ideas sobre las enfermedades, este autor sólo señala el “mancharicuy o mancharisca” que se produce por un susto y da lugar a que el **yuyay** (alma) se separe del cuerpo. El tratamiento consiste en llamar al alma mediante determinado ritual.

Para Rafael Emilio House, el quechua atribuye las alteraciones de su salud solo a dos causas: “al aire que respira, culpa de las ocasionales indisposiciones que sufre y a algún maleficio del brujo, los males que le parecen misteriosos”. (30).

Sin embargo el mismo autor dice en otra parte: “Según el quechua la verdadera causa de las perturbaciones en el organismo es la fatal fuga de una parte del alma; según ellos, el espíritu se compone de varias partes y puede dividirse bajo un violento choque externo. Es preciso, pues hacerle volver lo más rápidamente posible la porción del alma que se ha escapado”.

“En el Departamento de Apurímac, los indios atribuyen la enfermedad de consunción al **Karisiri** (el cortador), criatura invisible y maligna. Entra a la choza por una rendija cuando su víctima está dormida, sopla sobre ella para hacer su sueño más profundo y le abre una incisión en forma de herradura en la región lumbar. Por allí extrae la grasa de los riñones”. (30).

### III.—PRIMER PASO EN EL CONCEPTO NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Se considera que el primer paso que se dió en el mundo para abandonar la concepción sobrenatural de la enfermedad, fué la predicción que hizo Tales de Mileto del eclipse de sol el año 585 A. de J. C. La

## INFORMACIONES SOCIALES

importancia de esta predicción estriba en que Tales la hizo fundándose en sus observaciones astronómicas y en cálculos matemáticos.

En ese tiempo las predicciones de los acontecimientos que interesan al hombre y especialmente el pronóstico de las enfermedades, se hacía constantemente y estaba fundado en la observación e interpretación de los **omina**, signos de los que se valían los dioses para expresar sus designios. Estos signos se observaban en los órganos, especialmente en el hígado, de los animales sacrificados, en el vuelo de las aves, las oscilaciones de la llama, la posición de los astros, los sueños, etc. (20).

Tales trató de encontrar en la naturaleza la explicación de los fenómenos que se observan en el mundo. Sus enseñanzas son el punto de partida de la concepción de la naturaleza física del mundo: "Según Tales existe una substancia que es principio original de toda cosa en el cosmos; principio y origen de toda generación y fin a un tiempo de toda cosa. elemento eterno de toda forma de vida, Naturaleza o fisis, y esta substancia es el agua". (31).

De la escuela de Tales surgieron una pléyade de filósofos: Anaximenes, Heráclito, Anaxágoras, Pitágoras, etc., cuyas doctrinas coincidían sólo en que no todo lo que se observa en el mundo es obra de los dioses, sino fenómenos de la naturaleza. Es así como "dejaron de buscar las causas de las enfermedades en la acción de los dioses o de los espíritus para investigarlas en el propio organismo".

Alcmeon de Crotona emitió el concepto de la isonomía, es decir que la salud resulta del perfecto equilibrio de las cualidades del organismo tales como: calor y frío, sequedad y humedad, amargo y dulce. El predominio de alguna de estas cualidades engendra la enfermedad.

Empédocles de Agrigento enseñó que todo en el mundo, inclusive el cuerpo del hombre, está formado de cuatro elementos: agua, fuego, tierra y éter. Estos elementos están en relación con las cuatro condiciones de las cosas: calor, frío, sequedad y humedad.

Hipócrates, descendiente de los asclepiades de Cos, nació alrededor del año 460 A. de J. C. Médico y filósofo fundó la doctrina humoral de la patología. Según ella en el organismo existen cuatro humores: la sangre, la pituita, la bilis amarilla y la bilis negra. Se encuentran en el organismo en estado de equilibrio inestable: **crasis**. Cuando es equilibrio se perturba por la acción de los agentes etiológicos, se produce la **discracia** que es el estado de enfermedad.

"Hay esencialmente salud, está escrito en la naturaleza del hombre, cuando estos principios están en justa relación de crisis, de fuerza y de cantidad y cuando la mezcla es perfecta; hay enfermedad cuando uno de estos principios está en defecto o en exceso o cuando aislándose en el cuerpo no está combinado con todos los demás".

"Las enfermedades consisten sobre todo en un flujo. Existen dos especies de fluxiones: la una por el frío y la otra por el calor". (16).

Una fuerza, un principio vital, la naturaleza o fisis preside todas las funciones del organismo y lucha contra los agentes morbosos: atenúa las causas nocivas provocando la cocción y favoreciendo la eliminación de los humores viciados y produciendo la crisis (Viz medicatrix naturae).

La influencia de los filósofos griegos se extendió a Roma y se consolidó definitivamente gracias a principalmente a Asclepiades de Prusa

## INFORMACIONES SOCIALES

que llegó a Roma en el siglo I A. de J. C. Discípulo de la Escuela Médica de Alejandría, modificó la doctrina filosófica epicúrea que entonces predominaba y según la que el mundo está compuesto de un número infinito de átomos pequeñitos. Asclepiades consideraba que entre los átomos hay poros o canalículos dentro de los cuales se mueven incesantemente los átomos.

La salud no es más que el movimiento normal de los átomos y la enfermedad deriva de cualquier perturbación de esos movimientos.

Más tarde esa doctrina fué modificada por Temison de Laodicea en el sentido de que las enfermedades corresponden a un estado de tensión (status strictus) o a un estado de relajación (status laxus).

Ambos estados dependen de las condiciones anormales de los poros, que en el primer caso son demasiado estrechos y en el segundo demasiado anchos.

En la primera mitad del siglo I de la era actual, prosperó en Roma la doctrina de los neumáticos, según la cual la salud dependería de las perfectas condiciones del neuma y del tono en que éste se encuentra en el organismo lo que se puede conocer por el pulso. La enfermedad significaría estado anormal del neuma, como consecuencia de la discracia de los elementos.

Galeno que vivió en el siglo II de nuestra era, aceptaba la doctrina biológica del neuma a la cual reconocía tres cualidades: **pneuma psychicon** (espíritu animal) que tiene su asiento en el cerebro, centro de las sensaciones y de los movimientos; el **pneuma zoticon** (espíritu vital) que asienta en el corazón, centro de la circulación y de la regulación del calor del cuerpo; el **pneuma physicon** (espíritu natural) que se encuentra en el hígado, centro de la nutrición y del recambio.

Distingue dos especies fundamentales de enfermedades: las simples o elementales, como las inflamaciones y las discracias, consideradas en relación con los tejidos a que afectan, y las orgánicas o sea enfermedades consideradas según el órgano enfermo.

Las especulaciones de los filósofos han logrado liberar a la medicina de la religión y concebir la enfermedad como un proceso natural, pero al prescindir del estudio de la realidad objetiva han desviado la mente hacia disquisiciones teóricas que la han alejado del conocimiento de la verdad.

Hipócrates y su escuela dieron los primeros pasos para liberar, a su vez, la medicina de la especulación filosófica y para conducirla a la observación objetiva de los hechos. Al estudiar las enfermedades a la cabecera de los enfermos, observando los síntomas y signos que describieron minuciosamente, han dado a la medicina su método científico más valioso, al que debe sus más grandes triunfos.

En el asunto que nos interesa principalmente, otro paso importante ha sido dado por la escuela hipocrática: el primer intento de estudiar la influencia del medio ambiente en las enfermedades de los hombres. El tratado del aire, las aguas y los lugares se ocupa de la influencia del clima, de las estaciones y de las aguas en la salud y la enfermedad y sobre las características físicas y mentales de los grupos étnicos.

La fundación en el siglo III A. de J. C. por los primeros Ptolomeos y bajo la inspiración y dirección de Aristóteles, del Museo y Biblioteca

## INFORMACIONES SOCIALES

de Alejandría, que puede considerarse como el primer centro universitario de altos estudios, consolidó el método científico de la observación y experimentación de los fenómenos. La aplicación de este método a la historia natural por Aristóteles y particularmente a la anatomía humana mediante la disección de los cadáveres por Herófilo y a la fisiología y patología por Erasistrato, constituye uno de los más importantes pasos en la evolución del concepto de enfermedad que debemos a la cultura griega. Desgraciadamente el dogmatismo y la superstición que han existido siempre y persisten aún hoy en gran parte de la humanidad, predominaron nuevamente con la decadencia de los Ptolomeos. Los discípulos de la Escuela de Alejandría dedicaron toda su atención al estudio de los textos abandonando el método de la observación y la experimentación.

### DECADENCIA DE LA MEDICINA RACIONAL

Con la decadencia de la cultura romana que precedió a la destrucción del imperio romano de occidente y con la aparición del cristianismo que comenzó a imponerse en el mundo occidental hasta reconocerse como religión del Estado romano por Teodosio en 395, renació la concepción religiosa y demoníaca de la enfermedad, relegando al olvido la medicina racional.

Para Castiglioni y otros historiadores de la medicina, las grandes epidemias que asolaron periódicamente los pueblos, desde el comienzo de la era actual han sido factor importante en este fenómeno. Este autor dice al respecto: "La amenaza casi constante de la muerte a continuación de enfermedades contra las cuales eran inútiles todos los tratamientos y que en pocos días arrebataban la vida aún a los individuos más jóvenes y robustos, el estado de postración en que después de estas epidemias se encontraba el país, debía necesariamente, como ocurre siempre en épocas consecutivas a grandes estragos, dejar abierta la puerta a todas las supersticiones, a todas las creencias sobre todo en la vasta masa de la población ignorante".

En los primeros tiempos del cristianismo, bajo la influencia de los relatos que hacen los evangelios, de las curaciones milagrosas que hacía Cristo, la concepción mística de la medicina era irreconciliable con las doctrinas filosóficas: "no era el estudio sino el Espíritu de Dios el que daba al hombre el don de cura. Era el ruego piadoso el que salvaba al enfermo". (17)

No sólo Cristo tuvo el don de realizar curas milagrosas, sino que confirió ese don a sus discípulos: "I juntando a sus doce discípulos, les dió virtud y potestad sobre todos los demonios y que sanaran enfermos".

Todo intento de especulación filosófica sobre la medicina era pecaminoso y contrario a la fe. En el siglo II los discípulos cristianos de Galeno fueron excomulgados.

Los enfermos para curarse oraban y hacían ofrendas, casi siempre no directamente a Dios sino a la Virgen María y a los santos, para que abogaran por él. Durante la Edad Media se desarrolló considerablemente el culto médico a las diversas advocaciones de la Virgen y a los Santos que fueron adquiriendo una curiosa especialización. Según Sigerist sólo en Francia se dedicaron a la Virgen, por sus facultades de curar cerca

## INFORMACIONES SOCIALES

de 40 iglesias: Notre Dame des Malades, Notre Dame des Infirmes, Notre Dame des Langueurs, Notre Dame de Remedés, Notre Dame de Santé, etc. En la actualidad la más famosa es Notre Dame de Lourdes donde todos los años acuden cientos de miles de peregrinos y de cuya fuente milagrosa se envía agua a todas partes del mundo. "Lourdes es para los católicos lo que el Epidauro fué para los antiguos griegos". (17)

Entre las especialidades de los santos merecen citarse: San Sebastián y San Roque para la peste; San Lázaro, santo patrón de los Leprosos; San Vito, de los epilépticos y los que sufren de crisis convulsivas; San Antonio curaba el ergotismo cuando recién se presentó; San Blas irrovido por los que sufren de la garganta, etc. Las reliquias de estos santos y hasta sus imágenes tienen poder milagroso. Las epidemias eran atribuidas a la ira de Dios y en estos casos se hacía todo por aplacarla.

En el seno de esta concepción médico-religioso-cristiana, surgieron, según Castiglioni varias sectas filosófico-místicas: la de los Eusenios o Terapeutas que consideraba que las enfermedades sólo podían curarse invocando a Dios y adorándolo en pureza, con abstinencia de contactos sexuales y aún alejamiento de los hombres para buscar el contacto con Dios; la secta de Simón y Apolonio Tidneo que hizo revivir la medicina mágica. Los neoplatónicos enseñan que el mundo está lleno de efluvios divinos y amenazado de demonios. Los demonios inferiores son los que ocasionan las enfermedades y pueden ser arrojados con sacrificios e exorcismos. Por otro lado, al margen de la religión surgen los Gnósticos que cultivan la magia pura; trazan diagramas gnósticos y elaboran palabras mágicas como *abraxa* y *abracadabra* a las que conceden valor de talismanes.

La cultura griega no desapareció totalmente. Se conservó en el Imperio Bizantino, pero el interés por las ciencias se limitó al estudio de los textos antiguos. En medicina principalmente a los de Galeno, Celso y Plinio fueron los benedictinos los que se dedicaron a copiar esas obras y a utilizar la medicina galénica.

### a) Arabia Mahometana.

Cuando los árabes invadieron Europa, en su afán de imponer la religión que predicó Mahoma, y fundaron el imperio mulsumán, asimilaron rápidamente la cultura greco-latina.

Los cristianos nestorianos, que habían sido expulsado de Constantinopla porque sus doctrinas disentan en ciertos puntos con las de la iglesia oficial bizantina, se refugiaron en Persia y ejercieron allí la medicina. Fueron ellos los que, principalmente, influyeron en la adopción de las doctrinas médicas galénicas o hipocráticas por los árabes. Otros eruditos griegos, judíos, sirios y persas al traducir al árabe las obras greco-latinas contribuyeron a este proceso de transculturación. Pero ellos y sus discípulos árabes no se contentaron con el estudio de los textos antiguos traducidos sino que hicieron sus propias observaciones e investigaciones en diversos campos del conocimiento, especialmente en matemáticas (adopción de los números arábigos, fundación del álgebra), de la química (creación de la alquimia) y de la terapéutica (empleo de esencias orientales en medicina).

## INFORMACIONES SOCIALES

La alquimia combinada con la astrología dió origen a la teoría según la que bajo la influencia de los 7 cuerpos celestes: el Sol, la Luna, Mercurio, Marte, Venus, Júpiter y Saturno, nacen de la tierra los 7 metales (oro, plata, hierro, mercurio, estaño, plomo y cobre) todo ellos de una sola substancia.

Los alquimistas se esforzaron por siglos en encontrar el secreto de ese nacimiento a fin de poder transformar el plomo en oro. También trataron de obtener el oro líquido (elixir de larga vida) que bebiéndolo mantendría una juventud eterna.

Los 7 cuerpos celestes que corresponden a los 7 días de la semana, influyen cada uno en una de las 7 partes vitales del cuerpo humano: el sol rige el corazón; la luna el cerebro; Júpiter el hígado; Saturno, el bazo; Mercurio, los pulmones y Venus los riñones. De su posición en el espacio depende su influencia favorable o maléfica sobre el órgano respectivo.

### b) **Edad Media.**

Según Haggard hasta el siglo VIII los cristianos de occidente consideraban que el mucho saber era incompatible con la virtud, la devoción y la santidad. Carlomagno fué el que primero reaccionó contra esa actitud y fundó las escuelas monásticas en las que se enseñaban las siete artes liberales: el Trivium (Gramática, Retórica y Lógica) y el Cuatrivium (Aritmética, Música, Geometría y Astrología).

Esas escuelas fueron el origen de las Universidades que se fundaron más tarde.

La enseñanza de la medicina que se impartía en las universidades estaba limitada al estudio y comentarios de los textos antiguos de Galeno, Dioscórides, Celso, Plinio, Avicena, etc. cuyas afirmaciones no se podían poner en tela de juicio.

La filosofía escolástica que inspiró las doctrinas médicas de esa época, trataba de conciliar los conceptos a veces contradictorios de los textos antiguos, no sólo entre sí, sino principalmente con la concepción sobrenatural de la voluntad divina. Este estudio condujo a desarrollar una dialéctica complicada y a cultivar la memoria. Es por esto que la mayor parte de los textos antiguos se escribían en verso, más fácil de retener en la memoria que la prosa. Los eruditos medioevales tenían que conocer al pie de la letra los textos de las autoridades reconocidas e interpretarlas a la luz de la filosofía escolástica.

La siguiente explicación de Haggard nos va a permitir comprender mejor la mentalidad de aquella época: "La tarea del erudito medieval no consistía en añadir descubrimientos nuevos a los que llevaban a cabo sus superiores, sino en codificar y sistematizar lo que éstos habían dicho. Y con la ayuda de un aprendizaje complicado, en materia de lógica, se imaginaba toda clase de supercherías para poner de acuerdo a las autoridades y explicar sus contradicciones. Galeno había dicho una cosa y Aristóteles parecía haber dicho lo contrario, mientras Plinio tenía un tercer punto de vista, Avicena quizá un cuarto y los escritos de un Padre de la Iglesia daban lugar a un quinto. Para reconciliar tanta diversidad de criterios, el profesor de Lógica, el dialéctico medieval, empezaba

## INFORMACIONES SOCIALES

con una proposición general, algo así como: “La plaga es un acto de Dios”. Mencionaba luego lo que cada una de las autoridades en la materia había dicho; uno, que había visto aparecer la plaga después de temblores de tierra; otro, que la atribuía al aire envenenado a causa de los gases de los volcanes; éste, que era una penitencia, que como a Job, había sido enviada para tormento de la carne mortal; aquél, que había visto como se propagaba de hombre a hombre, en un ejército, sin atacar a los habitantes de una isla situada a muy poca distancia; y así por el estilo. Finalmente, después de haber citado a todas las eminencias, el erudito llegaba a la parte más importante de su disertación, o sea la discusión: Minuciosamente escrutaba y pesaba cada palabra, cada punto de vista de las autoridades. ¿En qué parte del esquema general se le podía encajar? ¿A qué interpretación, en el sentido figurado daría lugar? Y finalmente resultaba que, una tras otra, las autoridades competentes habían justificado la proposición general”.

“Temblores de tierra y volcanes eran actos de Dios y todo lo que resultara de un acto de Dios era a su vez acto de Dios; asolando a los soldados de un ejército con la plaga, Dios en su sabiduría infinita, habíase valido de este medio para hacer que el destino político del país tomara el curso ventajoso que acontecimientos posteriores demostraron que había tomado. Y así sucesivamente hasta llegar a la conclusión final de que como demostraran las autoridades en la materia, Dios se valía de múltiples caminos para llevar a cabo sus designios, que tomaban formas diversas e infinitas; y la plaga era un acto de Dios”. (10)

### c) La Escuela Médica de Salerno.

Diversas circunstancias hicieron que la medicina fuera el eje de la vida de Salerno, pequeña ciudad del sur de Italia, a tal punto que se la llamó “Civitas Hipocratica”. En ella se estableció la única escuela laica de medicina de la Edad Media.

No se sabe con exactitud cuando se fundó esta escuela. En realidad según Chevalier, “no se fundó en el sentido exacto de la palabra sino que se formó poco a poco y se desarrolló orgánicamente”. (32)

En todo caso, por informes de Alpan, Arzobispo de Salerno en el siglo XI, se sabe ya que en el siglo IX la Escuela Médica de Salerno estaba en plena actividad. En los archivos de la ciudad se citan a médicos salernitanos que ejercían en esa época no sólo en la ciudad sino en cortes extranjeras. “También se habla de enfermos que venían de comarcas lejanas en busca de curación”. Entre ellas figuran personalidades notables de la época.

Constantino el Africano que llegó a Salerno en el siglo XI huyendo de Cartago, donde se le acusaba de nigromante, dió gran impulso a la enseñanza médica de Salerno. Gracias a los viajes que hizo por Arabia y la India, estudiando medicina, adquirió gran sabiduría. Tradujo al latín las principales obras médicas árabes.

La fama y la influencia de la Escuela Médica de Salerno, se difundieron por Europa, no sólo merced a los enfermos y los estudiantes que venían en pos de curación y de saber, sino por las varias publicaciones médicas hechas por los médicos salernitano. Entre estas merece citarse,

## INFORMACIONES SOCIALES

muy especialmente, el **Régimen Sanitatis Salernitanum** que ejerció gran influencia en la vida de los pueblos de Europa durante varios siglos. “Apareció por primera vez en el siglo XII, la época de mayor esplendor de la Escuela de Salerno y fué reeditada todavía a mediados del siglo XIX en Inglaterra, Italia y Alemania”. (32)

Daremberg considera al **Régimen** como obra de los rapsodistas médicos: escrita en verso, se fué transformando poco a poco en más de 140 ediciones que alcanzó durante varios siglos. Al principio valioso incunable llegó a ser más tarde, libro popular económico editado en varias lenguas y de uso en muchos países. Formaba parte de la educación de los niños.

Los siguientes versos, copiados de la obra de Haggard, que hemos citado repetidamente (10), nos darán una idea de la clase de libro que era:

Alegría, reposo y continencia,  
 dan con la puerta en las narices  
 de los doctores y de toda su ciencia.  
 Tres doctores de gran ciencia  
 Consultarás a porfía  
 Tranquilidad, alegría  
 Y el doctor Don continencia.  
 Seis cosas, aquí expuestas, te protegen  
 De todo veneno con poder secreto:  
 Pera, ajo, nuez, nabo, ruda y rábano  
 Pero el ajo más que todos, y quien lo come  
 Beberá sin miedo de quien fermentó su vino  
 Y respirar podrá los aires infectos de continuo  
 Si el ajo, así te libra de la muerte  
 Sopórtalo con agrado aunque tu aliento huela  
 Y no te burles de él como quien dice  
 Que hace solo llorar, beber y heder.

Pero al lado de estos preceptos de higiene y medicina popular, contiene los conceptos sobre anatomía, fisiología, patología y terapéutica que se enseñaron en Europa durante varios siglos.

La edición completa contiene 10 partes, cada una trata de un tema diferente: A la anatomía sólo se dedican 35 versos. De los versos consagrados a la fisiología se deduce la siguiente concepción: “El cuerpo se compone de cuatro humores: sangre, moco (flema), hiel amarilla (Cólera) y hiel negra (melancolía). Constituyen la representación del universo en el organismo humano pues encierran en sí las cuatro cualidades elementales: calor, frío, sequedad y humedad y son asimilados a los cuatro elementos fundamentales de que está compuesto el mundo: La sangre al aire, el moco al agua, la hiel amarilla al fuego y la hiel negra a la tierra. En cada estación del año uno de los elementos predomina en la Naturaleza: así, por ejemplo, en primavera el aire, en verano el fuego, en otoño la tierra y en invierno el agua, ocurriendo algo equivalente en la vida humana. También aquí existen cuatro edades, cada

## INFORMACIONES SOCIALES

una de las cuales es influida por uno de los humores". Independientemente en cada ser humano predomina uno de los humores sobre los otros y determina su constitución, temperamento, hábito físico y psíquico, inclinaciones y enfermedades (temperamentos bilioso, nervioso, sanguíneo y linfático o Flemático).

"La vida está ligada al corazón y la mente al cerebro. Los jugos del cuerpo se forman en el hígado; las venas contienen sangre, el bazo la hiel negra, el pulmón la flema y la vejiga la hiel amarilla. Por intermedio de la sangre estos jugos pasan de un órgano a otro".

"Los alimentos se transportan por la sangre a través de todo el cuerpo para nutrirlo". (10)

La patología está también, como es natural, inspirada en la teoría humoral: el predominio de un humor sobre los otros da lugar a enfermedad. Este desequilibrio humoral puede ser provocado por cinco causas: ardor excesivo de la sangre; predisposición corporal o psíquica, mala alimentación, dilatación o contricción de los vasos y descomposición de los humores.

## LA IDEA DEL CONTAGIO

Ya en la antigüedad, como hemos visto, especialmente en Judea, había surgido la idea de contagio, pero asociada a la noción de impureza. El concepto más preciso de contagio de la enfermedad y la posibilidad de evitarlo por el aislamiento, se impuso en el siglo XIV a raíz de la **Muerte Negra**, la gran pandemia de peste que asoló al mundo.

Guy de Chauliac, médico al servicio del Papa Clemente VI, en la descripción que hizo de la epidemia, decía: "Muchos fueron los que estuvieron en grandes dudas sobre cuál sería la causa de esta gran mortandad. En algunos lugares se creyó que los judíos habían envenenado al mundo y en consecuencia los mataron; en otros, que la gente pobre y déforme era responsable de ello y echáronles fuera del pueblo; en otros, que habían sido los nobles, y éstos tenían gran temor de salir de sus castillos. Finalmente llegaron a tal estado que pusieron guardas en pueblos y ciudades para que no permitieran la entrada de nadie que no fuera bien conocido; y si se encontraba sobre alguien polvos o ungüentos de alguna clase, se los hacían tragar, uno u otros, para así estar seguros de que no eran venenos". (10)

Castiglioni dice que en 1348 comenzó a prevalecer al hipótesis de que la causa de la peste era la conjunción de Saturno, Júpiter y Marte ocurrida en marzo de 1345; pero a fines del siglo se manifestó claramente el convencimiento de que la peste se difundía por el contagio.

Inspirada en este convencimiento, Venecia por primera vez prohibió el ingreso a la ciudad de personas y mercadería procedentes de zonas pestosas e implantó la declaración obligatoria de los casos de peste y el aislamiento de los enfermos en zonas a propósito, fuera de la ciudad.

En 1377 el Reino de Ragusa estableció la primera estación cuarentenaria en una zona alejada de la ciudad y del puerto, donde los sospechosos de estar afectados del morbo, deberían desembarcar y pasar un mes al aire y el sol; pronto se vió que ese plazo no era suficiente y se amplió a cuarenta días.

## INFORMACIONES SOCIALES

Un siglo más tarde, Jerónimo Fracaster en 1478, al estudiar las enfermedades epidémicas de su época (tifus, peste, sífilis) y observar su carácter contagioso distinguió tres formas de contagio: por contacto (sarna, tisis, lepra), por contagio indirecto por fomites, que son portadores del seminario morbus y por contagio a distancia (viruela, oftalmia de Egipto, etc.). Los seminario morbus pueden ser absorbidos por la respiración y se adhieren a los humores que los lleva la sangre.

### d) **Renacimiento.**

“Los nuevos ideales de libertad de pensamiento y derecho a la crítica, dice Haggard, que caracterizaron al Renacimiento, se hicieron sentir en el Arte, la Literatura, la Religión y la Política más rápidamente que en la Medicina. Los médicos del siglo XV estaban ocupados en traducir, comparar y aprender y no sentían todavía el deseo de crear nuevos métodos científicos, hacer observaciones ni llevar a cabo experimentos”. (10)

El respeto idolátrico que por las autoridades del pasado, entonces sentían, les impedía tener la mente abierta para ver y observar la naturaleza.

Se necesitaba un espíritu iconoclasta que se atreviera a renegar de las autoridades clásicas y a pensar y observar por sí mismo. Ese espíritu fué Paracelso (Aureolus, Philipus Theophrastus Bombastus).

No fué sólo su espíritu rebelde e independiente el que lo llevó a rebelarse contra la autoridad de los autores clásicos y crear su propia doctrina, sino que influyó en ella lo que vió y aprendió en los viajes que hizo por diferentes partes del mundo. “Los viajes que he hecho hasta ahora han sido muy útiles para mí, porque ningún maestro del hombre crece en su propia casa, ni nadie ha encontrado su profesor detrás de su chimenea”. (33)

No obstante ese espíritu y el ansia de estudiar la naturaleza por sí mismo, en su concepción filosófica de la medicina y en sus ideas sobre salud y enfermedad han debido pesar fuertemente su formación en universidades escolásticas y el ambiente místico de la época. Efectivamente, en esa filosofía se encuentran entremezcladas las concepciones natural y sobrenatural de la vida.

Son sus propias palabras las que han de permitirnos conocer mejor su pensamiento y su doctrina.

“Sólo Dios preserva el cuerpo en vida. El quiere que tengamos larga vida y en consecuencia nos provee de muchas clases de ayuda y soporte. El hasta fuerza y compele a nuestros enemigos a fortalecer nuestra vida”.

“Así como el sol y la luna están separados uno de otro aún cuando antiguamente eran una sola cosa, así la salud y la enfermedad eran una sola cosa y más tarde se separaron una de otra como el sol fué separado de la luna”.

“Es bien sabido y evidente que en el curso del tiempo, el cielo trae muchas enfermedades y que ninguna persona sana puede protegerse contra ellas”.

“Así como el tiempo trae la lluvia y las flores y modela todas las co-

## INFORMACIONES SOCIALES

sas desde su principio hasta su fin y nadie puede detenerlo, así puede también hacer estallar las enfermedades a su voluntad”.

“La salud y la enfermedad son otorgadas por Dios, nada viene del hombre. Pueden dividirse las enfermedades del hombre entre aquellas que surgen en forma natural y aquellas que nos vienen como castigos de Dios. Dios nos ha enviado algunas enfermedades como castigos, como advertencias, como un signo por el cual sabemos que todos nuestros asuntos son nada, que nuestros conocimientos no están cimentados y que la verdad no nos es conocida sino que somos inadecuados y fragmentarios en todos los sentidos y que no tenemos ni habilidad ni conocimientos”.

“Como es Dios quien nos ha dado las enfermedades, El podría, en su oportunidad y cuando el límite de nuestro purgatorio haya venido, librarnos de ellas aun sin el médico. Si no hace así es solamente porque El no quiere que esto suceda sin la ayuda del hombre. Si El hace un milagro, lo hace únicamente en forma humana y a través del hombre. Si nos hace sanos por un milagro lo hace solamente a través del hombre. Cada enfermedad es una especie de purgatorio”.

“Toda virtud activa viene de la palabra de Dios y sus palabras tienen tal poder que toda la naturaleza con sus fuerzas no puede realizar tanto como una sola de sus palabras. Este divino poder es la medicina celestial, ella realiza lo que ninguna fuerza natural puede hacerlo”.

“El médico es solamente el sirviente de la naturaleza y no su patrón. Por consiguiente incumbe a la medicina seguir los deseos de la naturaleza”.

“La naturaleza posee el conocimiento y da sentido a todas las cosas visibles; es la naturaleza que enseña al médico. El arte de curar viene de la naturaleza, no del médico. De allí que el médico deba comenzar de la naturaleza con la mente abierta”.

“El hombre no puede aprender la teoría de la medicina de su propia mente, sino solamente de aquello que sus ojos ven y sus dedos tocan”.

“Nuestras escuelas monásticas permanecen inexperimentadas y nunca pueden alcanzar los fundamentos de las cosas, saber de donde procede cada cosa; pues esto nunca puede ser descubierto por pura teoría. La teoría y la práctica juntas forman una sola cosa y deberían permanecer indivisas. Pues cada teoría es también una especie de práctica especulativa. Sino ¿qué haría uno si su especulación no encaja en los hallazgos basados en la práctica? Es así que la teoría y la práctica están basadas en la experiencia”.

“El primero y más importante libro de medicina se llama sapiencia, Sin este libro nadie puede realizar nada fructífero pues el libro es Dios mismo. En El, que ha creado todas las cosas reside también la sabiduría y sólo El conoce la causa primaria de todas las cosas”.

“El segundo libro de medicina es el firmamento. Así como el hombre puede leer un libro escrito en papeles, así el médico es compelido a delectar las estrellas del firmamento a fin de conocer sus conclusiones”.

“Otro libro de medicina es la naturaleza misma. Y así como uno se ve así mismo en un espejo, así uno puede volver a descubrir toda su ciencia en la naturaleza, exactamente con la misma certidumbre y con tan poca ilusión como cuando uno se ve en un espejo”.

En cuanto a su concepto de la vida y la muerte, consideraba que ha-

## INFORMACIONES SOCIALES

bía dos clases de vida: vida animal y vida sideral, y por lo mismo también dos cuerpos. El cuerpo animal, según él, estaba siempre en sí mismo muerto, muerto y sólo por la acción del cuerpo sideral adquiría vida y movimiento.

Consideraba que en su vida terrestre, el hombre estaba formado de 4 elementos: agua y tierra que constituían el cuerpo animal; aire y fuego que integraban el cuerpo sideral. Para él el cuerpo era la casa del alma y ésta a su vez la vivienda de los espíritus del bien y del mal que habitan el hombre. La muerte no es sino la separación del cuerpo, del alma y del espíritu.

Su concepción sobre la salud y la enfermedad no está completamente expresada en los escritos suyos que hemos transcrito más arriba. Los que copiamos a continuación de la obra ya citada (18) nos van a permitir conocer más a fondo sus ideas al respecto:

“Hay dos reinos en los que las enfermedades pueden penetrar y diseminarse. El primero es el de la materia, es decir el cuerpo; es aquí donde todas las enfermedades se ocultan y habitan. El otro reino no es material, es el espíritu del cuerpo que vive en él invisible e intangible, pero que puede sufrir exactamente de las mismas enfermedades que el cuerpo”.

“Los **entia**, los principios activos o influencias que gobiernan nuestro cuerpo y hacen violencia sobre él son los siguientes: Las estrellas tienen una fuerza y eficacia que tiene poder sobre nuestro cuerpo. La virtud de las estrellas se llama **ens astrorum** y es el primer ente al cual estamos sujetos. El segundo poder que nos gobierna y que nos inflinge enfermedades es el **ens veneni**, la influencia de los venenos. Aún cuando las estrellas sean saludables y no hayan hecho daño al cuerpo sutil que hay en nosotros, este ente puede destruirnos. El tercer ente que tiene poder de herir y debilitar nuestro cuerpo aún cuando las otras influencias sean benéficas es llamado **ens naturale**, la constitución natural. Si va extraviado o se desintegra nuestro cuerpo se enferma. El cuarto ente, el **ens spirituale** puede destruir nuestro cuerpo y traernos varias enfermedades. Y, aún si esos cuatro entes son propicios para nosotros y sanos, un quinto ente, **ens Dei** puede hacer a nuestro cuerpo enfermo”.

“Aún antes del nacimiento, cuando está todavía en la matriz, pesan sobre el hombre las potencias de todas las enfermedades a las que está sujeto. Y, porque todas las enfermedades son inherentes a su naturaleza, no podría nacer vivo y sano si un médico interno no estuviera oculto en él. Pero dondequiera que haya enfermedad hay también médico y medicina. Cada enfermedad natural lleva su propio remedio dentro de sí misma. El hombre ha recibido de la naturaleza, ambos: el destructor de la salud y el preservador de ella. ¿Quién podría protegerse del daño y del desastre si no conociera a sus enemigos?”.

“La naturaleza y fuerza de las enfermedades deben ser descubiertas por sus causas y no por sus síntomas pues nosotros no extinguimos meramente el humo del fuego sino el fuego mismo. De manera similar el médico debe dirigir su pensamiento al origen de las enfermedades y no solamente a las que sus ojos ven. Pues en esto debe ver solamente los síntomas y no los orígenes”.

“Si el médico ha de entender el correcto significado de la salud de-

## INFORMACIONES SOCIALES

be saber que hay más de cien, en realidad más de mil clases de estómagos, en consecuencia, si se reúnen mil personas cada una de ellas tiene una clase de digestión diferente de las otras: una digiere más, las otras menos y sin embargo cada estómago es adecuado al hombre a que pertenece. Hay cientos de formas de salud en el hígado; cada hombre tiene una diferente. De aquí que nadie bebe en la misma cantidad que otro, que nadie tiene la misma sed; esto se explica por las diversas clases de salud, que no deben ser descritas como enfermedades”.

“El hombre debe estar despierto desde alrededor de las cuatro de la mañana hasta las ocho de la noche y entonces debe dormir; este tiempo entre las cuatro de la mañana y las ocho de la noche puede ser más o menos corto o largo de acuerdo con la necesidad particular de dormir. Si un hombre no observa esta regla, si no despierta alrededor de las cuatro sino, digamos por ejemplo, a las diez y en cambio, permanece despierto toda la noche, el orden de la naturaleza ha sido violado pues el sol quiere que todas las cosas estén despiertas y el hombre también, mientras él da su calor”.

“Todas las prescripciones concernientes a las horas de sueño y de vigilia deben estar basadas en ese orden. Si no es observado, enfermedades desconocidas pueden sobrevenirnos”.

“Si obedecemos a la naturaleza en su esencia todas las cosas deben mantener su orden en relación a número, peso, medida y revolución; la medida no debe exceder en ninguna parte. Dos pesos desiguales en la balanza de la naturaleza rompen el equilibrio; o bien una es muy pesada o bien la otra es muy ligera o la balanza es inservible. Y esto es cierto no solamente en el comer sino también en el trabajo, distracción y todo lo demás. En consecuencia el médico debe saber que debe distribuir, prescribir y pesar todas las cosas de tal manera que la naturaleza no esté sobrecargada demasiado en un sitio y lleve un peso muy ligero en otro. Las diversas prescripciones dietéticas no deben observarse solamente para sanar de las enfermedades sino también para preservar la salud”.

“Al ordenar una dieta el médico no debe considerar únicamente la edad del paciente sino también las costumbres, peculiaridades y naturaleza del país. Porque la naturaleza y costumbres del país deben respetarse y no trasgredirse, y el médico debe tener en mente qué clase de alimento y qué bebidas esa naturaleza requiere en cada caso y cuánto y cuán a menudo necesita alimento; y las estaciones del año deben también tomarse en cuenta porque la dieta de verano no sienta en el invierno. Cada dieta tiene su propio tiempo y corresponde a las costumbres y hábitos de la estación”. (33)

No obstante que en la concepción filosófica de la medicina que Paracelso tenía, encontramos ya ideas avanzadas sobre las causas naturales de la enfermedad, sobre la influencia de la constitución individual por una parte y del ambiente geográfico y social y los hábitos de vida por otra, sobre la salud humana, no son sus doctrinas las que hacen de él el fundador del renacimiento en Medicina. Es, como hemos ya dicho, su espíritu rebelde, su actitud mental que se manifiesta en todos sus actos y en especial en sus enseñanzas las que tienen trascendencia, las que

## INFORMACIONES SOCIALES

hacen que debamos ver en él al fundador de la medicina moderna, al que abre la ruta que la conduce por el camino de la ciencia.

Las siguientes frases tuyas, transcritas del importante ensayo de Honorio Delgado, muestran claramente lo que acabamos de decir:

“Eso lo quiere certificar con la naturaleza: quien quiera investigar la debe recorrer sus libros con sus propios pies. Los escritos se descifran por medio de letras, pero la naturaleza yendo de tierra en tierra y considerando a éstas tan pronto como tierras, tan pronto como páginas. Así en el **codex naturale** así es menester dar vuelta a sus hojas”.

“Quién ignora que hoy en día la mayoría de los médicos causan los mayores perjuicios a los enfermos tratándolos de la peor manera, pues están esclavizados de la peor manera, pues están esclavizados a las palabras de Hipócrates, Galeno, Avicena y otros, como si resonaran en el oráculo del tripode de Apolo y de cuya letra no deberían apartarse ni un dedo. Si Dios quiere, así se puede adquirir deslumbrante título de doctor, pero jamás nace de ese modo un verdadero médico. No son el desideratum para el médico ni el título ni la elocuencia, ni la pericia verbal y la lectura de numerosos libros aunque puedan ser bellos adornos, sino el más profundo conocimiento de las cosas y sus misterios... Tarea del médico es conocer las diversas clases de enfermedades, sus causas y sus síntomas y por encima de eso dedicar su sagacidad y su industria a la aplicación de los fármacos y según las circunstancias y particularidades, la asistencia racional más solícita. Trataré de mi propio método de enseñanza. No he compuesto estos libros mendigando a Hipócrates y Galeno y otros tratadistas, sino sobre la base de la experiencia, la más alta maestra de todas las cosas y en infatigable trabajo. Y si algo voy a producir no será por medio de autoridades, sino por experiencia y razón propias”. (34)

(Continuará)

---

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Historia de la Cultura Antigua del Perú.** Luis E. Valcárcel. Lima, 1943.
- (2) **La Evolución de la humanidad.** Henry Behr.
- (3) **Civilization of the South American Indians.** Rafael Karsten Ph. O. Professor of Moral Philosophy at the University of Finland. Helsingfor. London. New York, 1926.
- (4) **The origin of civilization and the primitive condition of man.** John Lubbock. Fourth edition. London Longmann Green Co. 1882.
- (5) **Medicina aborígen americana,** Ramón Pardal. Buenos Aires.

## INFORMACIONES SOCIALES

- (6) **Ethnography of the Yagua.** Paul Fejos. Viking Fund. New York, 1943.
- (7) **Viajes de los Padres Misioneros del Convento del Cuzco a las tribus salvajes de los Campas, Piros, Conibos y Sipibos en el año 1874.** Por el Revdo. Padre Fray Luis Sabate. Tipografía de "La Sociedad". Lima, 1877.
- (8) **Los Machiguengas.** Por el Revdo. Padre Fray Vicente Cenitagoya. SanMarti y Cía. S. A. Lima, 1943.
- (9) **Así es la Selva.** Estudio Monográfico de la Amazonía Nor-Oriental del Perú. Maynas, Loreto, Requena, P. Asencio Villarejo O. S. A. Segunda edición totalmente reformada, notablemente aumentada y nuevamente adaptada al año 1952. SanMarti y Cía. Lima, 1953.
- (10) **El Médico en la Historia,** Howard W. Haggard. Traducción de María Luisa de Ayala. Buenos Aires, 1943.
- (11) **Origen y desarrollo de las civilizaciones pre-históricas andinas,** Julio C. Tello. Director del Museo de Antropología, en Actas y Trabajos Científicos del XXVII Congreso Internacional de Americanistas. Lima, 1939. Librería e Imprenta Gil. Lima, 1942.
- (12) **Old Civilization of Inca Land.** By Charles W. Mead. Late Curator of Peruvian Archeology American Museum of Natural History. New York, 1942.
- (13) **Ancient Civilization of the Andes,** by Philip A. Means, Sometimes Director of the National Museum of Archeology. Lima, Perú, New York. London, 1942.
- (14) **Symposium sobre las Civilizaciones de Regadío** — Introducción por Julián H. Steward — Las civilizaciones antiguas del viejo mundo y de América — Estudio Monográfico I — Unión Panamericana. Washington D. C., 1955.
- (15) **El Desarrollo de la Civilización en la Costa del Perú** — por Donald Collier — En las Civilizaciones Antiguas del Viejo Mundo y de América — Symposium sobre las civilizaciones de regadío — Oficina de Ciencias Sociales. Departamento de Asuntos Culturales — Unión Panamericana. Washington D. C., 1955.
- (16) **Las Doctrinas Médicas, Su evolución** — E. Bonnet — Madrid — Biblioteca de Filosofía Científica — 1908.
- (17) **Historia de la Medicina** — Arturo Castiglioni — Primera edición española traducida de la segunda italiana — Salvat Editor S. A. Barcelona — Buenos Aires, 1941.
- (18) **Historia de las Religiones** — Denis Savrat — Traducción de Armando Bazán. Zig-Zag. Santiago de Chile, 1940.
- (19) **Historia de la Medicina** — Paul Dieppen — Traducción de la segunda edición alemana por el Dr. E. García del Real — Editorial Labor S. A. 1925.
- (20) **La Medicina y el Bienestar Humano** — Henry E. Sigerist. Profesor de Historia de la Medicina en la Universidad de John Hopkins — Traducido del inglés por el Prof. Vicente P. Quintero — Edición Yman — Buenos Aires, 1943.
- (21) **Homero** — Obras completas, versión directa y literal del griego por Luis Segalá y Estalella, Montener y Simón Ed. Barcelona, 1927.
- (22) **Historia de la Medicina Peruana,** Hermilio Valdizán — Ediciones Hora del Hombre — Lima, 1944.
- (23) **Historia de la Medicina Peruana** — Juan B. Lastres — Vol I — La Medicina Incaica — Tomo V de la Historia de la Universidad de San Marcos

## INFORMACIONES SOCIALES

- publicada bajo la dirección de Luis Antonio Eguiguren, Lima, 1951.
- (24) **La Médecine dans l'ancien Perou** — Raoul D'Harcourt-Librairie Maloine — París, 1939.
- (25) **Inca Culture at the time of the Spanish Conquest** — John Howland Rowe — Smithsonian Institute — Washington D. C., 1946.
- (26) **Las Islas de Titicaca y Koati** — Adolfo F. Bandelier — Versión castellana de Edmundo Sologuren y Belisario Díaz Romero — Sociedad Geográfica de La Paz — Imprenta Velarde, La Paz, Bolivia, — 1916.
- (27) **The Aymara of Chucuito** — Peru, by Harry Tschopik, Jr. Anthropological paper of the American Museum of Natural History — New York, 1951.
- (28) **Mitología Griega y Romana** — Hermann Steuding, Traducción de J. Cannon Aznar — Editorial Labor, Barcelona, 1948.
- (29) **Algunas costumbres y creencias de los indígenas** — Mejía Xesspe, Lima, 1922.
- (30) **Los Hijos del Sol** — Rafael Emilio House — Zig-Zag, Santiago de Chile — 1946.
- (31) **Historia del Desarrollo Intelectual de Europa** — J. W. Draper F. Samsper y Cia., Editores — Valencia — Madrid, 1861.
- (32) **La Escuela de Medicina de Salerno** — por el Dr. A. G. Chevalier de París, en "Actas Ciba", 1938 N° 7.
- (33) **Paracelso** — Selected Writings — Edited with an Introduction of Jolande Jacobi — Translated by Norbet Suterman — Bollingen Series XXVIII — Pantheon Books Belgrade Press Inc. New York.
- (34) **Paracelso** — Honorio Delgado, 2da. edición — Editorial Losada, Buenos Aires — 1947.
-

# Invalidez o Trabajo

Por: WILHELM SVETELSKY

## De la Oficina de Certificados Médicos especialistas de la Organización de Pensiones para obreros (Asistencia Social de Viena)

La Ley del Seguro Social dice en su párrafo N° 255, inciso 1, que un asegurado se considera inválido si por enfermedad u otras circunstancias, o debilidad física o mental, no está en condiciones de ganar por lo menos la mitad de su remuneración normal (Incisos 2 y 3), lo cual significa según esta reglamentación que un obrero especializado que por causa de enfermedad contraída en su trabajo o por algún otro impedimento corporal, no se encuentre en condiciones de seguir en su ocupación, no tiene derecho a gozar de pensión de invalidez, si es que está en condiciones de efectuar cualquier otro trabajo, sea leve o algo pesado, de acuerdo a su condición de salud.

La posibilidad de licencia total según párrafo 2, inciso 2, relativo al seguro de invalidez en la nueva ley de 1950, existe únicamente para las víctimas de guerra o para las personas que se encuentran en aquellas condiciones. Debido a esto, es que generalmente la Caja del Seguro Social envía por ejemplo a un obrero que ha sufrido más de 26 semanas de T. B. C. pulmonar, a la Caja de Pensiones. El examen efectuado por la Caja puede arrojar como resultado, que realmente el trabajador no está en condiciones de seguir en su puesto, pero que podría ser colocado en algún trabajo fácil, de ambiente más saludable, libre de polvo, por ejemplo: mensajero, portero, etc. Pero generalmente en esta clase de puestos se otorga preferencia a las víctimas de guerra, de manera que es difícil que el solicitante encuentre un trabajo apropiado; por otro lado, tampoco puede recibir la ayuda "pro-desocupados", ya que ésta se paga únicamente a personas con plenas facultades de trabajo. Además, el examen médico de la Dirección de Trabajo casi siempre se hace desde otro punto de vista que el ejecutado por la Oficina del Seguro de Pensiones. Por consiguiente, estos obreros terminan por ser una carga pública. Este hecho, junto con otras razones sociales, obligaron al Instituto del Seguro de Pensiones de los Obreros a fundar en enero de 1955 un centro de trabajo (Oficina de Empleos). Esta Oficina se encargará poco a poco de aquellos que no tienen opción a pensión de invalidez debido a que todavía están en condiciones de efectuar algún trabajo de acuerdo a su capacidad. A éstos se les invita a acercarse al centro

## INFORMACIONES SOCIALES

de trabajo para una entrevista personal con un consejero, para comprobar si tienen deseos no solamente de seguir trabajando, sino para ver si están dispuestos a aprender otra clase de trabajo del que han hecho hasta su enfermedad; en caso positivo, se toman las medidas adecuadas con la ayuda del centro de trabajo y de la comisión "pro-lisiados" y si además se trata de personas heridas durante la guerra, con la ayuda de las correspondientes oficinas de invalidez. Cursos cortos de entrenamiento, y si es posible también cursos prácticos en el centro del trabajo, ayudarían a la persona a conseguir los conocimientos necesarios para desarrollar una nueva ocupación. Pero para que las actividades de estas oficinas de empleo tengan éxito y los gastos que demanden no sean en vano, es necesario que se obtenga a la brevedad posible la colocación del interesado.

Las oficinas de trabajo son incapaces en estos casos de prestar la ayuda necesaria, por falta de disposiciones legales. A los jóvenes no les es tan difícil conseguir puestos en los centros de trabajo debido a su mejor preparación o especializaciones. Más difícil es encontrar trabajo en las bolsas u oficinas de empleo para los de mayor edad que no tienen ninguna especialidad. En esta situación están la mayoría de los inválidos que ambicionan pensiones de invalidez.

Aún los deseos de trabajar están a menudo obligados a solicitar pensiones de invalidez. Los así llamados "cazadores de pensiones" o los anti-sociales, son felizmente menos numerosos de lo que se cree. Cuando se comprueba la falta de deseo de trabajar de un obrero, se anota el caso en las actas por un inspector del Seguro Social. En casos especiales se revisan los hogares y se hacen descubrimientos provechosos. Así algunas veces se ha podido comprobar que los argumentos presentados por los que reciben pensiones de invalidez, no son ciertos, o que realizan trabajos clandestinos. Estos hechos permanecen bajo control más amplio. Las investigaciones en los hogares permiten hacerse una idea del medio social en que vive el postulante de la pensión y complementan útilmente los estudios psicológicos y los tests de aptitudes físicas, siendo de gran importancia para el médico consejero como para el asistente social.

Las oficinas especializadas reconocieron hace tiempo la necesidad económica y político-social de ayudar tanto a los inválidos no calificados como a los enfermos e inválidos calificados. Estas oficinas se ocupan además desde hace muchos años, de la asistencia social para el profesional y de la educación profesional. La desorganización del servicio social en Austria, la falta de leyes sobre la colocación de trabajadores físicamente limitados y la carencia de una ley que intervenga en la contratación de profesionales (especializados) dificultan estas misiones. Los círculos responsables se apoyan en las leyes ya dadas y no se ha previsto ninguna ampliación de leyes para los inválidos no calificados; no hay esperanza de que pronto se consiga la igualdad de los derechos para los inválidos calificados o no calificados y para los inválidos de guerra.

Se sobreentiende la importancia que tiene la incorporación de los inválidos comunes al plan de trabajo y economía. También hubo un forum internacional que se ocupó de ese problema. En junio de 1955 en Ginebra se trató detenidamente estos problemas en la 38a. Confe-

## INFORMACIONES SOCIALES

rencia de la O. I. T., donde fueron estudiados los métodos de reincorporación de los inválidos calificados. Estas conclusiones han sido recomendadas a todos los Estados Miembros de la O. I. T. Queda todavía por ver si Austria adoptará estas recomendaciones y si la industria particular y pública empleará los métodos recomendados. Estos no son una novedad en Austria, en la orientación profesional, en educación profesional o centros de empleo para inválidos. Se podría lograr buen éxito si las bolsas de empleo se coordinaran con el Ministerio de Trabajo y con los empleadores, dando a conocer los empleos vacantes, que se otorgarían a los inválidos comunes. Así la Caja de Pensiones de Obreros podría lograr la unificación de la Asistencia Social en todas sus ramas, lo que acarrearía una simplificación de la tarea propuesta, asegurando una rápida ayuda a los inválidos comunes, y también se ahorraría muchos gastos.

El éxito de la protección social para empleos depende de las posibilidades de colocar gente de edad avanzada sin ninguna especialización. Un factor importante es poder ofrecerles empleos de "full time" (trabajo todo el día). En Austria en general hay escasez de obreros especializados, principalmente en otoño e invierno se encuentran sin empleo una gran cantidad de trabajadores sin calificación, de todas las edades. A fines de junio de 1955 fueron inscritos 76,561 trabajadores sin empleo de los cuales 2,475 eran menores de 14 a 17 años, 26,310 incapacitados parcialmente por edad algo avanzada, 5,655 trabajadores entre hombres y mujeres mayores de 65 años. Solamente 5,759 de los trabajadores de edad avanzada podrían incluirse en el plan de trabajo con posibilidades de empleo. Es natural que los que ya no pueden ser incluidos en el plan de trabajo, pretendan una renta de invalidez. Es muy difícil enseñar una especialidad a gente de edad avanzada, por eso es de gran importancia dedicarse a la educación especializada de la gente joven para prevenir una futura escasez de especialistas.

La experiencia adquirida ha enseñado que la gente joven demuestra entusiasmo para aprender una especialización, o para el cambio de su profesión a otra de gran escasez, siempre que este aprendizaje no les prive de sus ganancias. La miseria social o las consecuencias de la guerra han impedido a mucha gente joven aprender una profesión, pues se encontraban obligados a buscarse la vida en trabajos ocasionales. El número de los talleres de trabajo especializado era escaso y la formación del obrero joven insuficiente. Los problemas de la enseñanza de una especialidad, o del cambio de una especialidad a otra para trabajadores hasta los 30 años, y la proporción de empleos para trabajadores de edad más avanzada sin conocimientos especiales, solamente pueden ser solucionados por las oficinas y corporaciones que se encargan de estos problemas.

Para la solución de los propósitos anteriormente citados podría llegarse a:

1º—Convocación de una encuesta por el Ministerio de Previsión Social en la que deben participar los expertos de las corporaciones interesadas en la formación y asistencia profesional y los representantes de las parte interesadas, tales como Centros Regionales de Trabajo, Centros Regionales de Invalidez, Cámara de Empleados y Obreros, Cámara Regional de Obreros, Pensionistas de Seguros, Asegurados contra Acci-

## INFORMACIONES SOCIALES

dentes, Cámara Federal de la Industria Manual e Instituto de Fomento Industrial, Escuelas Profesionales y de Perfeccionamiento, Sindicato Austríaco de Trabajadores, Asociación de la Juventud Austríaca, Universidades populares, Corporaciones Regionales y otras.

2º—Esta Conferencia de Expertos debe preocuparse de la coordinación de las actividades de formación y Servicio Social para trabajadores calificados, así como de conseguir los fondos para la educación y reeducación de los trabajadores.

Por lo tanto recomendamos:

- a) Los centros de trabajo deben estar autorizados por resolución ministerial para asumir la reeducación de los inválidos no calificados o inválidos calificados y tratar de cubrir los gastos en caso de que los costos de subvención no sean satisfactorios.
- b) Los representantes de los empleadores interesados en disminuir la escasez de obreros especializados, deben ser invitados a que se interesen en la enseñanza profesional práctica de los recientemente egresados de los colegios y obreros sin especialización, en talleres propios o industrias con maestros apropiados.
- c) De la enseñanza profesional teórica deben encargarse las escuelas especializadas o las universidades populares.
- d) Los gastos de la enseñanza profesional práctica y teórica o de la reeducación deben llevarse a cabo por un acuerdo entre la Federación Austríaca (dentro del Programa de Asistencia Social para Desocupados), por los pensionistas y asegurados contra riesgos de trabajo y por los representantes de las partes interesadas de los trabajadores calificados.
- e) Para atraer a los trabajadores jóvenes más fácilmente para la reeducación (formación profesional o reentrenamiento profesional) debe efectuarse la formación práctica y teórica gratuitamente por turnos o en horas libres, y debe conseguirse una disminución del horario normal de trabajo, a expensas de las reservas para ayudar a los trabajadores por horas. En estos casos excepcionales no deben efectuarse los cambios de turno; y
- f) Para las pruebas de aptitudes y de orientación vocacional, deben funcionar comisiones que estén compuestas por expertos y de un médico orientador profesional.

3º—Evaluación preferencial de civiles inválidos y de enfermos por razones de trabajo:

- a) A pesar del mejoramiento de las leyes para reconocimiento de pensiones a inválidos y accidentados, debe mantenerse una igualdad entre inválidos físicos y enfermos por razones de trabajo, que estén dispuestos a seguir trabajando, y las víctimas de guerra;
- b) La evaluación preferencial de inválidos con menor capacidad de trabajo, o de enfermos por razones de trabajo que no tienen derecho a pensiones por invalidez o accidente, puede ser efectuada por las Oficinas de Empleo, previa autorización especial;

## INFORMACIONES SOCIALES

- c) Los representantes de los trabajadores deben dar a conocer continuamente los nombres y las direcciones de los empleados que están dispuestos a colocar personas de edad avanzada, con capacidad de trabajo disminuída o también sin ella (arriba de los 40 años), así como su necesidad numérica de trabajadores. Para facilitar la aceptación y el empleo de esas personas que buscan colocación, deben darse subsidios según un pacto colectivo, por el tiempo necesario para un entrenamiento. Sus gastos deberían estar a cargo de las corporaciones mencionadas en los puntos 2, d) y c).

---

Estas proposiciones no pretenden ser perfectas ni originales. Muchas opiniones serán favorables y muchas otras no. Solamente tenemos la intención de solucionar el problema de la desocupación de los inválidos civiles. La elaboración de otras proposiciones relativas a los métodos y administración dependerá de los resultados de la encuesta.

Es de suponer que los medios necesarios para la ejecución de estas proposiciones son menores que los requeridos para pagar más o menos a los 100,000 desocupados que Austria tiene anualmente. Un Estado que se propone dar el derecho de trabajo a sus miembros, no puede negar por mucho tiempo a los ciudadanos en edades productivas, su participación en la producción. Finalmente, no sólo las generaciones jóvenes sino también hombres de edad avanzada que no pueden cubrir sus necesidades, significan un peligro social y político que no debe pasar inadvertido.

Es de esperar que las provincias y los distritos sigan el ejemplo de la "Wiener Stadtwerk" (Oficina del Empleo de la ciudad de Viena), que proporciona trabajo en un porcentaje adecuado tanto a los jóvenes como a los mayores de edad, dando así un buen ejemplo.

Es tarea de las organizaciones responsables, ocuparse de esos problemas cuanto antes, para solucionarlos rápidamente.

(Transcripción de **SOZIALE SICHERHEIT**, N° 1, Enero 1956 Austria).

# El Servicio Nacional de Salud de Inglaterra

POR JOSE GALVEZ JAIME

Una visita a Inglaterra que efectuamos en el primer semestre del presente año, en el curso de una jira de estudio por diversos países de Europa, nos puso en contacto personal con la realidad sanitaria británica, a través de una de las instituciones más interesantes del mundo en materia de seguridad social, el "National Health Service" de dicho país. Nuestro objetivo al conocer diversas dependencias administrativas, hospitales, centros docentes y conversar con médicos pertenecientes a estas entidades fue pues doble; en primer lugar el de la especialidad que cultivamos, y en segundo término el panorama más amplio de la Medicina Social y la Política Sanitaria.

## **Formidable experiencia sanitaria.**

El NHS o Servicio Nacional de Salud de Inglaterra, es un gigantesco organismo sanitario que empezó a funcionar en 1948, es decir, tiene 8 años de existencia. En ese año, se realizó una gran transformación en materia de salubridad pública: casi todos los sanatorios, hospitales, casas de convalecencia y establecimientos similares fueron nacionalizados, reservándose el Gobierno una especie de monopolio de las actividades sanitarias. Así mismo el reparto geográfico de los nuevos médicos fué sometido a una comisión especial. En esta forma se iniciaba una formidable experiencia cuyo desenvolvimiento es observado desde entonces con el máximo interés, por todos los países del orbe. La "socialización" de la profesión médica —no de la Medicina, porque ésta por ser una ciencia y un arte no puede ser sometida a un proceso de tal índole—, tiene por lo tanto un neto ejemplo en Inglaterra. Como afirmó el doctor R. Mahon, en el IX Congreso Internacional del Colegio Internacional de Cirujanos, la "socialización" de la profesión médica está caracterizada y se define como "la doble tendencia hacia la extensión de la asistencia gratuita a toda la población y hacia la funcionarización de los profesionales médicos". Esto es pues lo que ocurre en Inglaterra, en una medida única entre los países occidentales.

La acerba pugna que tuvo lugar en un principio entre los médicos y la naciente organización se resolvió pronto en un acuerdo de contrato colectivo, negociado en un plano nacional, en que intervino la "British Medical Association" o Asociación Médica Británica y el Comité Willing,

## INFORMACIONES SOCIALES

con lo cual se abrieron las puertas para el desarrollo de estas nuevas ideas.

### **El plan Beveridge y su diagnóstico de la necesidad.**

En la creación del NHS intervino en forma decisiva el renombrado economista y sociólogo Sir William Beveridge (actualmente Lord) quien, presentó un Plan de Servicios Sociales basado en un “diagnóstico de la necesidad”, el que tenía como punto de partida las condiciones de vida del pueblo británico tal como fueron reveladas por los estudios sociales realizados entre las dos guerras”. En definitiva, lo que se propugnaba era expandir la Seguridad Social creando un seguro integral que cubriese todos los riesgos y protegiese a todas las personas. Naturalmente, dentro de esto jugaba un rol preponderante el aspecto médico o sanitario. Los cinco “gigantes” que intentaba combatir Beveridge eran la indigencia, la enfermedad, la ignorancia, la miseria y la inacción o pereza. Todos, actuando en conjunción, producían la necesidad del grupo social.

### **Historia de una gran solidarización de riesgos.**

De 1912 databa un sistema de protección de la salud llamado “National Health Insurance Scheme”, que cubría solamente a la mitad de la población, pero dejaba a un lado a las mujeres, niños y ancianos. Coexistía con el mismo, un tipo de seguros voluntarios, los llamados “Voluntary Sick Clubs” o clubes voluntarios de ayuda a los asociados enfermos.

En plena II Guerra Mundial, en noviembre de 1942, Beveridge concluyó su famoso Informe en el que abogó por un sistema comprensivo o integral, abarcando en sus beneficios desde el Primer Ministro hasta el último ciudadano. En febrero de 1944 fué preparado un documento blanco sobre el NHS o Servicio Nacional de Salud. Dos años después, ya en pleno período postbélico fue presentado al Parlamento y en noviembre de 1946, se otorgó el necesario asentimiento o Aprobación Real. De este modo, el NHS empezó a existir el día 5 de julio de 1948.

Veamos ahora cuál era la situación previa a esta fecha fundacional del ingente organismo. Antes de 1948 los hospitales de Inglaterra se dividían en Voluntarios y Municipales. Los voluntarios o benéficos tenían su raigambre muy atrás, en los tiempos medievales y eran instituciones caritativas. En cambio, los Municipales nacieron con la llamada Ley de Pobres, promulgada por Isabel I. Hasta 1938 el Ministro de Salud sólo tenía la supervisión y control de los Hospitales Municipales, la cual resultaba ineficaz. La razón principal para la creación del Servicio Nacional de Salud fué incluir a las mujeres, niños y ancianos, que estaban segregados por anteriores sistemas. Por tanto, si antes de 1948 sólo 26 millones estaban protegidos en su salud, con el “National Health Service” entraron dentro de la protección, estatutoriamente, los 49’250,000 habitantes de las Islas. En la práctica, sin embargo sólo el 97% de este número queda a cargo del “National Health Service” porque las Fuerzas Armadas y la clase adinerada poseen los primeros servicios médicos propios y la segunda obtiene atención fuera del mencionado sistema.

Como puede verse, el hecho de esta gigantesca solidarización de riesgos y de ayuda mutua, legislada previamente y por lo tanto compul-

## INFORMACIONES SOCIALES

siva, no deja de ser sugerente en hondas meditaciones, inclusive filosóficas.

### **Seguridad social en sentido amplio.**

El Ministerio de Salud, del que depende el NHS, está encargado de los beneficios en especie, pero no los en dinero. En cambio el Ministerio de Pensiones y Seguro Nacional otorga solamente beneficios en dinero en casos de vejez, invalidez y muerte. Por otro lado, si consideramos que también la seguridad social, dentro del “mínimo nacional” que persigue obtener como meta más señalada, comprende otros aspectos como la vivienda, tenemos además el denominado “Ministry of Housing and Local Government”, —Ministerio de Alojamiento y Gobierno Local— que es igualmente de reciente creación. Tiene como misión la construcción de viviendas suficientes, el desarrollo de nuevas ciudades y la reconstrucción de post-guerra.

En cuanto al Ministro de Salud, que es uno de los 35 Ministros del Gobierno de Su Majestad la Reina de Inglaterra, es interesante anotar que habiendo estado anteriormente en el Gabinete, su situación actual es fuera del mismo. Como es lógico, el Primer Ministro coordina en último término las tareas de los distintos Ministerios, entre ellos el de Salud, de acuerdo a las necesidades y la política interna del país. El acta de fundación del Servicio Nacional de Salud establece que es obligación del Ministro de Salud “promover el establecimiento de Inglaterra y Gales, de un Servicio de Salud comprensivo, es decir integral, planeado para asegurar el mejoramiento de la salud física y mental del pueblo de Inglaterra y Gales y la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades”. Existe una Ley separada para Escocia y otra para Irlanda del Norte, bajo idéntico patrón que el NHS. En cuanto al Ministerio de Salud, posee una oficina central en Londres, una oficina ejecutiva en Newcastle, donde se hallan los registros centrales del Seguro, 12 oficinas regionales y más de 900 locales. El NHS es un organismo estatal, y en esto difiere de las instituciones de seguros obligatorios de otros países, que son para-estatales.

### **Campo de aplicación del seguro.**

Como se ha dicho, cualquier civil residente en Inglaterra, sea nacional o extranjero está considerado dentro de la labor que toca desempeñar al Servicio Nacional de Salud o NHS. Para recibir beneficios no se requiere carnet ni libreta de cotizaciones de seguro social. Inclusive un visitante extranjero que se encuentra de paso por tres meses o menos, si requiere tratamiento lo puede pedir a cualquier médico y lo tratará como residente temporal. Después indicaremos el procedimiento que se sigue para la elección de facultativo.

### **Tres ramas principales del seguro.**

El NHS está formado por tres ramas fundamentales de profesionales: I.—Los médicos prácticos organizados bajo los “Executive Councils”.

## INFORMACIONES SOCIALES

II.—Los especialistas de hospitales (organizados por los “Regional Hospital Boards”) y III.—Los funcionarios de salud pública (que dependen de los “Country Councils” o sea del gobierno local).

Se trata pues de tres grupos diferentes de servicios sanitarios: el de la atención domiciliaria o familiar, que llevan a cabo los médicos prácticos o “general practitioners” (G. P.), el de atención hospitalaria a cargo de los especialistas o consultantes que atienden en estos establecimientos, y por último, los funcionarios de salud pública, cuya labor es preventiva fundamentalmente. Estas tres ramas del seguro médico de Inglaterra, o sea del NHS, están financiadas de una manera diferente: los “Executive Councils” o Consejos Ejecutivos, que supervisan las funciones de los médicos de familia, lo mismo que los “Regional Hospital Boards” o Juntas Regionales de Hospitales, que asumen la responsabilidad de la marcha de los nosocomios, están financiados cien por ciento por el Tesoro Nacional, es decir, son ramas centralizadas. En cambio, los “County Council” o Consejos del Condado, que realizan obra de salubridad pública tienen una financiación mitad central y mitad local. Esta participación condal o provincial, con fondos de la comuna, a nuestro entender tiene enorme importancia ya que permite la correlación de las obligaciones del gobierno central, con las del gobierno local. Así, el NHS, a pesar de ser un servicio del Estado, solamente en forma parcial es un servicio central, ya que existe una neta tendencia a la descentralización administrativa, con todos sus beneficios.

### Organización territorial y administrativa del NHS.

Inglaterra está dividida en 146 Condados y “County Boroughs” o sea organismos de gobierno local. Los segundos rigen a las ciudades principales que tienen más de 100 mil habitantes. A esta división territorial corresponde una exacta división sanitaria, con sus correspondientes “County Councils” y “County Borough Councils”. La otra rama, la de médicos generales está organizada bajo 138 “Executive Councils”. Es importante señalar que los miembros de estas juntas sirven en capacidad libre o voluntaria. En cuanto a la rama hospitalaria la organización actual es la siguiente: hay 14 Juntas Regionales de Hospitales, casi 400 Comités de Dirección de Hospitales (“Hospital Management Committees”), 36 Junta de Directores que tienen a su cargo el funcionamiento de los Hospitales de Instrucción y en total el número de hospitales del país, alcanza a 2,800.

Las funciones del Consejo Ejecutivo Local (“Local Executive Council”) merecen una especificación detenida: 1) Contratar médicos; 2) organizar los tratamientos de urgencia y los que se dan a los residentes temporales; 3) asegurar la adecuación entre el número de médicos y su distribución territorial. Con este objeto existe un Comité de Prácticas Médicas encargado de dar recomendaciones en este sentido. 4) Seleccionar a los médicos que han de ocupar los puestos vacantes; 5) Distribuir el dinero para el pago a los médicos generales y 6) Investigar las quejas formuladas contra éstos. Para ello, en la misma zona del Consejo Ejecutivo Local existe un Comité Médico Local, de carácter gremial y que tiene ciertas funciones de colegiación y aplicación de normas deontológicas.

## INFORMACIONES SOCIALES

gicas. Estas entidades serán las encargadas de conocer en primera instancia las mencionadas quejas, naturalmente relativas a la forma de prestación de servicios profesionales.

### **Financiación del Servicio Nacional de Salud.**

Al haber nacionalizado el Estado Inglés prácticamente toda actividad sanitaria, ha debido financiar el NHS como una carga del Ingreso Nacional, “en la misma forma que las Fuerzas Armadas y otras necesidades”. La mayor parte de los gastos del NHS son sufragados por el “National Exchequer”, que hace de “Pool” o Caja central de dinero, a base de impuestos que paga toda la población. Una cantidad menor a 10% proviene del Fondo Nacional de Seguro o “National Insurance Fund”. Como se ha expresado anteriormente, los servicios condales de salud están sostenidos en un 50% por fondos locales.

El presupuesto del Servicio Nacional de Inglaterra, en 1953-54 fué de 430 millones de libras esterlinas. Actualmente cuesta el Servicio unos 500 millones de libras, es decir que está por encima del “ceiling” o tope que puso el Chancellor del Exchequer, cuando recomendó no sobrepasar el costo de 400 millones de libras del presupuesto 1950-51. En cifras redondas, la atención de la salud por el Estado cuesta a éste 10 libras por persona y por año, siendo por lo tanto un sistema bastante caro. Para la salud se destina un 4 por ciento de la Renta Nacional, considerada en su conjunto. Los servicios médicos generales incluyendo atención de maternidad cuestan 1 libra y 5 chelines por persona y por año, excluyendo los medicamentos y prótesis. Por su parte los medicamentos cuestan en cifra aproximada 1 libra por paciente y por año. En total, pues, cada persona causa un desembolso de 2 libras y 5 chelines, a lo que hay que agregar el gasto de hospitales y administración, hasta hacer el promedio de 10 libras.

Según un estudio reciente sobre el costo del Servicio Nacional de Salud, la elevación del presupuesto no responde sino a un aumento aparente. Después de deducir los gastos de atención a las personas que utilizaron el NHS en dos años fiscales diferentes, se puede establecer la siguiente comparación:

Ejercicio 1949-50	.....	3.75%	de la producción nacional en bruto.
Ejercicio 1953-54	.....	3.25%	de la producción nacional en bruto.

Por lo tanto, puede decirse que en términos “reales” el costo del Servicio bajó en lugar de haber subido.

### **Número de médicos y sistemas de pago.**

En Inglaterra, Gales y Escocia el número de médicos empleados en el Servicio Nacional de Salud es de 18,000. Además hay que considerar 2,000 médicos fuera de la institución y se ha calculado unos 800 en práctica privada, mucho de los cuales son mayores de edad. Entre los que están fuera del NHS se cuentan los médicos de las Fuerzas Armadas.

## INFORMACIONES SOCIALES

En cuanto al sistema de pago a los médicos, el predominante es el llamado "capitation fee" o tanto por persona (pago "per cápita"). También se abona por acto médico a los consultantes o especialistas y por sueldo al personal de hospitales, sea a tiempo parcial o completo ("wholetime"). Existen médicos superintendentes y administrativos de hospitales, cuyos honorarios y trabajo se regulan por las deliberaciones del Consejo Whitley, fundado en 1950.

Los honorarios per cápita, son en promedio de 1 libra anual por persona sana o enferma que se confía al cuidado del médico. La suma total se paga en 4 trimestres, pero se conceden anticipos si el médico así lo solicita. Los médicos generales o "G. P. ("general practitioners") cobran extra por maternidad, emergencias, viajes en el desempeño de sus funciones, y por último, cuando dispensan personalmente medicamentos, cobran también un gravamen al paciente.

### Detalles del trabajo de los médicos.

Hemos inquirido a funcionarios del Ministerio de Salud, cuál es la remuneración promedio que reciben los médicos al servicio del NHS. Se nos contestó que desde 1952 se concedió a todos un aumento de sueldos del 100% tomando como referencia la escala de 1939. (Este aumento se llamó el Danckwerts Award). En la actualidad un "G. P." percibe un promedio anual bruto de 3 mil libras esterlinas, —que harían unos 10 mil dólares— pero el neto es de unas 2,200 libras. Si un médico general tiene su lista de atención per cápita completa al máximo, o sea 3,500 personas recibe al año 3,475 libras. Es de advertir que algunos médicos ganan también cierta suma fuera del Servicio, que en ciertas áreas podría estimarse como un promedio de 600 libras anuales.

Resulta sumamente interesante el sistema de pago, que llamaremos con nuestros términos, "a destajo" pero con escalón intermedio. En la lista que posee el médico, del número 1 al número 501 recibe 17 chelines por persona. En cambio, del número 502 al número 1,500 recibe un recargo o "loading" a su favor de 10 chelines, o sea un total de 27 chelines por cada una de estas personas. Y por último, del número 1,501 al número 3,500 vuelve a recibir 17 chelines. Este escalón intermedio tiene por objeto disuadir al médico de que trate de conseguir hasta los últimos centenares de su cupo, con un fin exclusivamente utilitario, ya que le bastará con el escalón intermedio, las personas que le preceden y algunas más si el médico dispone de tiempo y energías.

Otros detalles de que nos enteramos son los siguientes: el pago de una cierta suma por la distancia recorrida ("mileage payments"), que podríamos traducir por el kilometraje en servicio. En las áreas rurales es donde se aplica este pago, que es de 1 guinea entre 20 y 40 millas y 1 guinea suplementaria por cada 20 millas más. En ciertas zonas difíciles o poco gratas, para inducir o estimular al médico a aceptar el empleo se abonan "inducement payments", cuyo promedio es de 250 libras anuales. Se ha hecho un estudio sobre el promedio de trabajo que el médico despliega anualmente en relación a su lista o sector de población a su cargo. Casi 5 veces —para ser exactos 4.8 veces—, atiende un médico al año el número de individuos que integran su lista. Así, si tiene

## INFORMACIONES SOCIALES

3 mil personas que cuidar —de cualquier sexo, edad y condición—, tendrá que efectuar 15,000 consultas durante el año.

### **Aspectos legales, control y sanciones.**

El médico que trabaja dentro del NHS extiende gratuitamente certificados que tienen importancia médico-legal para los pacientes. Está obligado a llevar para cada persona a su cargo una Ficha Médica que calificaremos de “ficha única vital”, y además llevar un registro de diagnósticos y tratamientos en formularios especiales que se envían al Consejo Ejecutivo en caso de fallecimiento del paciente. Si se presenta alguna denuncia, el Comité Médico Local es la autoridad que conocerá en primera instancia de la misma. Los cargos son en general si la prescripción es excesiva, si el médico lleva los expedientes de una manera adecuada, o si efectúa la certificación y documentación en forma reglamentaria. En situaciones extremas el Consejo Ejecutivo Local, al recibir el informe de la junta anteriormente mencionada puede recomendar la cancelación o retención de los honorarios. Los médicos generales han de aceptar el fallo expedido; sin embargo los especialistas pueden apelar al Ministro de Salud.

### **Generalidades sobre prestaciones en especie.**

Del Vol. II de la obra “El Seguro de Enfermedad” que editó la Asociación Internacional de la Seguridad Social, con motivo de su XII Asamblea General realizada en México, 1955, obtenemos los siguientes datos sobre el modo de las prestaciones sanitarias en especie que se sigue en Inglaterra.

En primer lugar las prestaciones son directas y gratuitas, salvo en ciertos renglones en que se ha creado un “ticket moderador” para limitar demandas innecesarias. En casos especiales puede seguirse un sistema de reembolso consistente en devolver el monto de los gravámenes pagados si se trata de prestaciones odontológicas u oftalmológicas en personas para quienes dicho gasto supone un serio desequilibrio. En segundo lugar, como asunto general, tenemos que el médico práctico o “general practitioner” está considerado en el funcionamiento de la institución como el “leader” clínico, es decir, el jefe del equipo domiciliario (“domiciliary team”) que acude para restablecer la salud o prevenir las enfermedades en las familias que forman parte del conglomerado social. Este concepto sumamente acertado ya que tiende a contrarrestar la dispersión analítica de la medicina moderna, es fuerza confesar todavía no se cumple en forma amplia, como lo afirman las propias autoridades sanitarias británicas.

### **Atención odontológica.**

Se puede acudir a cualquier dentista de NHS y para escoger su nombre existen listas completas en las oficinas de Correos de cada localidad. No se requiere solicitud especial, al contrario de lo que sucede con los médicos. El dentista y el paciente firman en la primera consulta una

## INFORMACIONES SOCIALES

solicitud de la que el paciente guarda la parte que lleva la firma del odontólogo. Si se es extranjero y si permanece en Inglaterra un período inferior a 3 meses, también puede obtener tratamiento odontológico con el sólo trámite de mostrar el pasaporte.

Por un tratamiento completo en la dentadura se paga un gravamen de 1 libra esterlina, para los mayores de 21 años. Están exceptuados los menores, los internados en nosocomios y las mujeres gestantes. De las dentaduras postizas se paga solamente una parte del costo. Existe un Servicio Odontológico Escolar.

El promedio de ingreso anual del odontólogo inglés es de 4,000 libras, pero como tiene que costear por sí mismo los gastos de material usado, el neto llega a 2,000 libras esterlinas. En 1952 se disminuyó a los dentistas una parte de sus ingresos, porque se los encontró desproporcionados. En la actualidad la profesión odontológica no es muy popular en Inglaterra, —por lo que faltan estos profesionales—. Las relaciones del Ministerio de Salud con la profesión odontológica no son tan buenas como con la médica, según se nos ha afirmado.

### **El cuidado de los órganos de los sentidos.**

En cuanto a la atención otológica, existen Clínicas especializadas en Enfermedades de Oídos; el enfermo no solamente puede obtener atención especializada sino también, si es necesario un aparato del tipo "hearing aid" o audífono. El aparato se suministra y mantiene gratuitamente. Incluso en un hospital cercano se da al paciente una asignación adecuada de baterías.

En lo que toca al cuidado de los ojos, la persona que cree necesitar gafas obtiene primera recomendación de su médico familiar y acude entonces a alguno de los 960 oftalmólogos que hay en Inglaterra o directamente al optométrico. (El optométrico, que al mismo tiempo dispensa anteojos es llamado "ophthalmic optician". El número de optométricos y ópticos es de unos 7,000).

Las gafas o anteojos se suministran abonando la mitad aproximadamente del costo de las lunas. El resto más el costo de la armadura es gratuito para el paciente. Para los niños el suministro es totalmente gratuito. Las gafas telescópicas o lentes de contacto se suministran por intermedio de los Servicios Hospitalarios de Oftalmología. Al acudir por una medida de vista hay necesidad de llevar la tarjeta de inscripción en el NHS pero para los extranjeros residentes temporales sólo es necesario mostrar el pasaporte. El oftalmólogo recibe una libra por medición de la vista.

Otros especialistas o consultantes pueden ser también requeridos por el "G. P." para prestar atención a los pacientes, inclusive en forma domiciliaria. En promedio un especialista no gana mucho más que el médico general, pero algunos de ellos hacen 5,000 libras esterlinas anuales o pasan de esta cifra.

## INFORMACIONES SOCIALES

### **Las prótesis y la atención de maternidad.**

Una madre en gestación puede escoger los servicios de un ginecólogo-tocólogo y los de una obstetrix. Generalmente será esta última la que atienda a la madre en el momento del parto, pero podrá ser llamado el especialista si es necesario.

En cuanto a los aparatos de prótesis que requieren los enfermos, el médico o cirujano expedirá una orden de entrega para la farmacia o el establecimiento que expende aparatos de ortopedia. En zonas rurales el mismo médico puede suministrarlos. El gravamen por estos aparatos protéticos es de un chelín, excepto calzado ortopédico, bragueros, fajas abdominales, géneros de punto elástico y pelucas, que se entregan a un 50% del costo. La reparación de prótesis es completamente gratuita salvo casos de incuria.

### **Prestaciones farmacéuticas.**

Constituye una característica esencial del régimen de seguro de enfermedad en Inglaterra, la concesión de prestaciones farmacéuticas sin recargo para el paciente excepto el pago de un chelín por cada receta, a manera solamente de "ticket moderador". No existe restricciones en la prescripción, salvo que debe encuadrarse dentro de la necesidad terapéutica en cada caso y para ello hay un Formulario Nacional que es bastante completo para abarcar toda clase de fármacos y drogas, inclusive las más modernas y caras. Con la receta el enfermo puede conseguir su medicación en cualquier farmacia que esté dentro del Servicio Nacional de Salud o, en su defecto, en ciertas zonas rurales el mismo médico podrá suministrar los remedios. Se indica a los enfermos que deben devolver los frascos y botellas en forma rápida y perfectamente limpias.

### **Atención hospitalaria y su mecanismo.**

Siempre que alguien lo necesite, el tratamiento y la atención en camas de hospitales son gratuitos. Sin embargo hay pequeños pabellones en los hospitales, donde por una paga parcial se consigue cierta mayor comodidad. Por último, los pacientes que deseen atenderse en forma privada con el especialista de su confianza, pueden ocupar habitaciones o pabellones donde deberán cubrir integralmente los gastos de mantenimiento y los derechos del consultante. Si el médico de familia lo considera conveniente puede arreglar una estancia en una residencia de vacaciones, en sanatorios de convalecencia o en otro lugar semejante, pagando el enfermo un gravamen en proporción a sus recursos.

En términos generales puede decirse que la carga hospitalaria del NHS es bastante grande. De un estudio estadístico del "Board" Regional de Hospitales de Oxford se extrajo la siguiente conclusión sobre dicha área: "los hospitales han tenido un paciente internado de cada 13 personas de la población general y atendido un paciente de consultorios externos por cada 8". Esto referido naturalmente a uno de los años recientes de trabajo. Otro estudio interesante, que sin embargo no permite concebir ningún método práctico para aliviar esta pesada carga, es el

## INFORMACIONES SOCIALES

que ha llegado a la conclusión de que en los hospitales generales los divorciados, solteros y viudos hacen el doble de demanda que los casados. Este resultado fué obtenido examinando cifras nacionales de trabajo asistencial.

### **El importante problema de la salud mental.**

El Servicio Nacional de Salud tiene abiertos y en funcionamiento 140 hospitales psiquiátricos y 170 hospitales para deficientes mentales. Además en los hospitales generales un 44% de las camas se destina a enfermos mentales. Las instituciones y hospitales psiquiátricos están bajo la dependencia de los "Boards" Regionales de Hospitales, siendo la acomodación y el tratamiento gratuitos por entero. Antes de 1948 se tenía que pagar por estos conceptos. En la actualidad se observa una mayor coordinación asistencial entre la salud física y la salud mental, si se considera la etapa previa al NHS.

### **Servicios sanitarios a domicilio.**

Conforme habíamos puesto más arriba, es función de los "County Councils" y los "County Borough Councils" el prestar servicios de atención domiciliaria y salud pública. Las cinco funciones más importantes de estos organismos son: 1) Cuidado de las madres gestantes y enfermería para madres y niños menores de cinco años; 2) Atención de obstetrices o comadronas en el parto; 3) Atención de enfermería a domicilio cuando hay enfermos que requieren aislamiento. Si se necesitan sábanas, mantas, colchones y alimentación especial, se puede suministrar en casos especiales; 4) Efectuar toda la vacunación e inmunización necesaria: contra la viruela, difteria y coqueluche. Igualmente en forma sistemática la vacunación con BCG; y por último 5) Servicio de visitadoras sanitarias para dar consejos sobre cuidado de niños, atención en caso de tuberculosis, procedimientos sanitarios, administrativos, etc.

### **Servicio de ambulancias y transporte.**

Es el médico quien generalmente arregla el envío de una ambulancia para recoger un enfermo. La Cruz Roja Británica y las Brigadas de Ambulancias de Saint John son las que suministran estas unidades móviles. No se tiene que pagar nada por este servicio de transporte.

En casos de accidentes, para el servicio de emergencia es conveniente buscar primero al médico de familia, pero si no se lo encuentra, cualquier médico del NHS puede prestar la atención del caso. Si se cambia de residencia, se puede pedir a un médico diferente que lo trate como "temporary resident" o residente temporal. Tampoco será necesario abonar suma alguna por el tratamiento.

### **Libertad de elección y secreto profesional.**

La manera de escoger un médico del NHS es la siguiente: una vez conocida su dirección en las listas que existen en las oficinas de Correos,

## INFORMACIONES SOCIALES

se llena una solicitud Forma EC1 (Rev.) que posee el mismo médico o el Consejo Ejecutivo Local. Todo individuo mayor de 16 años puede escoger al médico de su preferencia. Los padres o tutores se encargan de escoger el "doctor de familia" para los menores. Si se desea se puede cambiar de médico. Una vez que el solicitante de atención médica es aceptado por primera vez, el Consejo Ejecutivo Local le enviará una tarjeta con su número de inscripción en el NHS. Todo cambio de residencia del inscrito será comunicado lo más pronto posible. El médico también conserva la libertad de rehusar un paciente determinado. Esto salva el principio de libre elección, en forma bilateral.

En cuanto a la libertad de elegir el médico un lugar para su trabajo, está limitada por las exigencias regionales, asunto que es objetivo del Comité de Prácticas Médicas. El secreto profesional existe en Inglaterra, pero hay acceso a fichas sin código, para el personal de estadística sanitaria.

### Reacciones psicológicas de médicos y enfermos.

Inglaterra es un buen campo para estudiar los llamados "factores psicológicos de la Seguridad Social", asunto sobre el que el austriaco Reinhold Melás escribió un interesante estudio en una publicación de la Asociación Internacional de la Seguridad Social. Cuando el NHS prometió un servicio médico completo y "gratuito" para toda la población, la reacción de ciertas personas fué crearse el prejuicio de que los médicos generales eran simplemente empleados suministradores a petición de recetas y certificados. Esto naturalmente, se ha ido modificando con el transcurso del tiempo. Otro detalle de interés es que algunas personas procuran innecesariamente ingresar a los hospitales, ya que esto supone un ahorro y por otra parte un descargo en la responsabilidad de la atención familiar. Esto, como es lógico, resulta contrario a la Medicina Social cuyos postulados son precisamente que la atención preventivo-curativa ha de ser eficaz pero al mismo tiempo económica. Si un paciente que ha podido ser tratado en forma apropiada en casa va al hospital, el Exchequer paga dos veces: en el costo de asistencia nosocomial y en el servicio de médicos generales por el sistema de tanto "per cápita".

En lo que toca al médico británico parece ser que la conciencia que tiene de su función social va cada vez en aumento. Como no se le paga por acto médico sino que se le confía un sector de la población, su interés es mantener a tales personas en buen estado de salud, de manera que no le den mucho trabajo en un momento determinado.

### Seguridad social para el médico.

Los profesionales médicos entran en Inglaterra en un sistema de pensiones llamado "Superannuation Scheme". El 6% de la ganancia neta del médico es descontado en forma reglamentaria y el Exchequer aporta a éste fondo un 8%. Después de un período de calificación de 5 a 10 años, los médicos adquieren derechos a un amplio margen de beneficios, que se pagan en casos de incapacidad física, retiro y muerte. En el fallecimiento se otorga además pensión a la viuda.

## INFORMACIONES SOCIALES

### **El lugar de la medicina preventiva.**

Como se ha visto anteriormente, el NHS realiza labor de prevención de enfermedades transmisibles como la difteria, viruela y coqueluche, existiendo un programa de acción antituberculosa. Además se señala que no habiendo ahora ninguna barrera económica para la consulta con el médico, en las personas que acuden en procura de atención se realiza un diagnóstico más precoz, con lo que aumentan las posibilidades de curación. La Visitadora Social o "Health Visitor" que en nuestro medio se llama Asistente Social, está cada vez cobrando mayor importancia en la labor médica preventiva.

En cuanto a los Centros de Salud "Health Centers", establecimientos de índole eminentemente profiláctica —de los cuales 6 son novísimos—, dotados de un personal médico experto, se nos ha dicho que son el sueño dorado de las autoridades del NHS, pero debido a que en primer lugar su funcionamiento es muy costoso y en segundo al disgusto y malos entendidos de los médicos generales, no han progresado mayormente. De allí que en un Informe del propio Servicio, se ha llamado la atención sobre: "1) el divorcio administrativo entre la medicina preventiva y curativa, la práctica de médicos generales y la práctica hospitalaria con vacíos, interferencias y confusiones; y 2) la posición predominante del servicio hospitalario y consecuentemente el peligro de que la práctica médica general y la medicina preventiva y social caigan a un segundo plano".

La tuberculosis ha descendido y en general las enfermedades infecciosas, y los accidentes de trabajo. El aspecto general de Inglaterra es que goza de un buen nivel promedio de salud. La expectación de vida en el nacimiento es una de las más altas del mundo: para el hombre 67.1 años y para la mujer 72.4 años.

### **Problema de la polución de aire.**

Entre los proyectos de investigación higiénica, tal vez el más importante e ingente sería eliminar la llamada "air pollution" o contaminación del aire con los humos industriales y los productos de combustión de los automotores y vehículos de transporte. El clásico aspecto de Londres con su niebla o "fog", se debe en buena parte al humo ("smoke") que envuelve la ciudad. De allí que la niebla se ha denominado últimamente con una combinación de ambos términos "smog". Se ha calculado que existen millares de toneladas de estos humos —entre los cuales hay sustancias experimentalmente cancerígenas—, sobre el cielo de Londres, y también aunque en menor medida en ciudades industriales como Manchester, Birmingham y otras.

### **¿Es adecuado el Servicio Nacional de Salud?**

El Comité Guillebaud creado en Mayo de 1953 para aconsejar el mantenimiento de un servicio "adecuado" (en referencia al NHS), expone con buena dialéctica en una de sus conclusiones, que en ausencia de un objetivo standard de adecuación, "la finalidad debe ser, como en el

## INFORMACIONES SOCIALES

campo de la educación, proveer el mejor servicio posible dentro de la limitación de los recursos con que se cuenta". En cuanto a diversos proyectos de reorganización del NHS, afirma de una manera general el Comité Guillebaud ("Report of the Committee of Enquiry into the Cost of the National Health Service", Enero 1956), que es prematuro en el momento actual proponer algún cambio fundamental en la estructura del NHS. Lo que más se necesita es la perspectiva de un período de estabilización. "Algunos de los problemas del NHS se pueden atribuir a las dificultades experimentadas por muchos que han vivido bajo el viejo sistema. Una mayor experiencia y la emergencia gradual de una nueva generación puede hacer comparativamente simples muchas cosas que ahora parecen difíciles e impracticables".

El mencionado Comité Guillebaud, nombrado por el Ministro de Salud y el Secretario de Estado para Escocia, y compuesto por C. W. Guillebaud (Chairman), J. W. Cook, B. A. Godwin, J. Maude y G. Vickers, afirma que la necesidad más urgente para el Servicio Nacional de Salud es la unificación de sus tres ramas de atención médica: los "G. P." o médicos generales, los especialistas y los médicos funcionarios de Salud Pública. Esta es la "debilidad más grave del NHS, el estar dividido en tres partes, operado por tres cuerpos diferentes que no tienen conexión orgánica y por último estar financiado por tres métodos diferentes" (que en realidad pueden reducirse a dos).

Ya anteriormente, el Secretario de la "British Medical Association", el doctor Stephen Hadfield expresó en un informe: "mi impresión predominante es la falta de unidad en el NHS y una falta de unidad en la profesión médica". El médico general, el consultor y el funcionario de salud pública se conocen poco y no han aprendido a trabajar en concierto. En general los consultantes saben poco de los problemas y dificultades del G. P. y éste mira con sospechas la labor del médico de salud pública. Dice por último este destacado dirigente de la asociación representativa del gremio médico británico, que el NHS está gimiendo por una administración unificada. ("The NHS is crying out for a unified administration"). A esta tendencia que se ha aprobado en principio, se ha argüido sin embargo que dicha unificación de los Servicios habrá de hacerse sin privar a las autoridades locales de su función de asistencia médica domiciliaria, a riesgo de causar un desconcierto aún mayor. En cuanto al proyectado "National Board of Corporation" encargado de administrar el Servicio Nacional de Salud, tampoco resulta conveniente ya que produciría una nociva interferencia del mecanismo administrativo y lejos de disminuir los costos, los aumentaría.

Para terminar su Informe, el Comité Guillebaud afirma con buenas razones que siendo el NHS un servicio estatal, su presupuesto deberá adecuarse a las otras necesidades nacionales y por último expresa que "es ilusorio imaginar que todo lo que pueda ser deseable para el mejoramiento del NHS pueda ser alcanzado en un instante". Uno de los objetivos de utilidad inmediata y de innegable necesidad es la creación de un Departamento de Investigación y Estadística, que estaría encargado de recoger toda información numérica deseable y funcionaría como el "servicio de inteligencia" del NHS en materia sanitaria.

## INFORMACIONES SOCIALES

### Comentarios sobre el funcionamiento del Servicio Nacional de Salud.

El Servicio Nacional de Salud de Inglaterra es un producto de evolución de las especiales circunstancias económico-socio-políticas que ha vivido Inglaterra en los últimos años. Constituye una formidable experiencia de la sociología occidental: la salud nacionalizada y en servicio de una mayor productividad, de un mejor nivel de vida dentro de las condiciones difíciles que atraviezan históricamente las Islas Británicas. Pese a todo, el resultado general del NHS es bueno, y parece que en el futuro se afianzará aún más.

La profesión médica está íntegramente funcionarizada y dadas las altas virtudes cívicas y de servicio público del médico inglés, resulta una nueva carga de responsabilidades y por lo tanto de merecimientos. Como es sabido, el problema de las relaciones entre las instituciones de Seguridad Social y el Cuerpo Médico **“se circunscribe por una parte a la defensa de los intereses de la medicina y de los que la practican y de la defensa de los intereses de una economía más amplia constituida por los recursos de las instituciones de seguridad social financiadas por los ciudadanos, por otra parte”**, y en general de la economía del país. (Párrafo del Prof. Giuseppe Petrilli, “Análisis de Europa, Asia y Oceanía”, en el Volumen de la XI Asamblea General de la A. I. S. S., París, setiembre de 1953). Es pues en este sentido que los médicos ingleses han entrado a colaborar con el NHS por el bienestar de Inglaterra teniendo un claro concepto de su responsabilidad, honor y decoro. Nos parece que esto es una muestra más de la “austeridad” tradicional y contemporánea.

En cuanto a las críticas que la Asociación Médica Mundial hace al sistema inglés, que se reducen a lo siguiente: “un sobreconsumo por parte del asegurado, un exceso de trabajo para los médicos, una invasión de todos los hospitales y una ascensión vertical de los presupuestos”, ha de decirse que todos estos hechos están llegando a una estabilización. El fenómeno del “rush on the NHS” o invasión de las nuevas facilidades asistenciales, ahora prácticamente gratuitas y antaño sumamente onerosas, está definitivamente en regresión. Los propios funcionarios y el personal médico del Servicio miran sus “vacíos, confusiones e interferencias” con criterio objetivo, lo cual es garantía de que se superarán las dificultades. Por nuestra parte, en contra del pretendido abatimiento del nivel profesional, hemos visto uno de los más perfeccionados e inteligentes esfuerzos científicos en la rama de investigación médica, el que naturalmente, irradia desde las Universidades y Escuelas de Medicina.

De los 4 requisitos de la Carta Médica Universal, libertad de elección del médico, libertad de prescripción, secreto médico y trato directo con el enfermo para el arreglo de honorarios, se cumplen en Inglaterra los tres primeros. El último no se cumple porque el Estado ha entrado a tutelar y supervisar la actividad sanitaria en beneficio de la nación. Existe respeto por el secreto médico, salvo el acceso de los funcionarios estadígrafos a los ficheros centrales, sin código. En compensación al hecho que en los primeros años el trabajo médico es recargado para los profesionales con una lista completa de personas a su cargo, como ya se ha dicho existe un excelente sistema de seguridad gremial (“Superannuation Scheme”) de pensiones por invalidez, retiro y muerte. El sueldo

## INFORMACIONES SOCIALES

del médico inglés le permite vivir holgadamente y su retiro es suficiente, lo que no sucede con el sistema liberal de la seguridad social en Francia, ni con el sistema de adscripción de España, que es un régimen intermedio. Por ello puede decirse que el seguro social británico no ha cometido el gran error de instituciones similares de otros países de pagar al médico sueldos insuficientes, error que han recomendado suprimir los propios organismos internacionales como la AISS.

Una característica esencial del NHS de Inglaterra es que no solamente funciona como una entidad de Seguro Obligatorio de Enfermedad y Maternidad, sino también como un despacho de Salud Pública y Asistencia Social. Además de la gratuidad directa de las prestaciones estrictamente sanitarias, farmacéuticas y los servicios oftálmicos suplementarios, hemos de apuntar el hecho destacadísimo de haber asumido la enorme carga de la salud mental de la población —aproximadamente la mitad de camas en los hospitales— que solamente un seguro estatizado puede soportar. Por tanto, existe casi un seguro contra enfermedades mentales. Por último, es notoria y estimulante la colaboración de las reparticiones del NHS con las Escuelas de Medicina, ya que los hospitales docentes reciben apoyo económico sustancial del Servicio. Este hecho es innecesario ponderar ya que es de todos conocida la trascendencia de tal colaboración.

A pesar del alto nivel de instrucción general que existe en Inglaterra, creemos que hace falta una labor permanente de divulgación sanitaria y de enseñanza sobre la suma de derechos a ejercer y obligaciones que toca cumplir a los pacientes si desean obtener el máximo de beneficios en la atención que ofrece el Servicio Nacional de Salud. Si los pacientes sólo se acuerdan de sus derechos se convertirán en esos individuos querellantes, verdaderas personalidades anormales que traban la buena marcha de estos servicios. Si no tienen un buen equilibrio en su formación crítica, acudirán inclusive a fraudes o exigirán que los médicos se conviertan tan sólo en “disposal agents” o agentes dispensadores de recetas y certificados.

El Servicio Nacional de Inglaterra tiene 8 años de existencia, y por lo mismo su experiencia está aún en etapa de consolidación. Puede imaginarse que cuando cumpla 20 años de funcionamiento habrá adquirido la estabilización que él mismo anhela. Los mayores perfeccionamientos se buscarán seguramente en una coordinación orgánica y un abaratamiento de costos. En este sentido cabría preguntarse si la “super-revolución industrial” comenzada en Coventry con la automatización de la industria mediante el uso de cerebros electrónicos, podría aplicarse al mecanismo administrativo inferior del Servicio, para alcanzar un grado de rapidez, economía y adecuación exacta que estaría lejos de conseguirse por otros medios.

# Boletín Institucional

## ADQUISICIONES Y MEJORAS HOSPITALARIAS

El Consejo Directivo de la Caja, en sesiones de cinco de abril, tres de mayo y catorce de junio del presente año, ha aprobado las siguientes adquisiciones y mejoras, tendientes a un eficiente desempeño de las actividades asistenciales de los nosocomios de la Institución:

### Hospital Obrero de Lima

- a) —Ampliación del Servicio de Rehabilitación del Departamento de Medicina Física.
- b) —Adquisición de un equipo de Rayos X Siemens por US\$ 37,096.30.

### Hospital Obrero de Huacho

- a) —Dos ascensores Schindler, al precio de US\$. 10,940.00.
- b) —Un montacargas pequeño, en US\$. 1,120.00.
- c) —Aparatos sanitarios diversos a un costo de US\$. 4,464.00 CIF Callao, destinados al nuevo segundo piso.

### Hospital Obrero de Huaríaca

- a) —Tres montacargas a un precio de US\$. 4,870.00.

### Hospital Obrero de Cerro de Pasco

- a) —Un montacomidas de dos paradas con capacidad de hasta 200 libras.
- b) —Un equipo de cocina eléctrica, por US\$. 3,339.90.

## REUNION DE DIRECTORES DE HOSPITALES DE LA CAJA

Entre el 22 y el 29 de mayo tuvo lugar en Lima la reunión de Directores de Hospitales y Policlínicos Obreros de la Caja, bajo la presidencia del Dr. Guillermo Almenara, Superintendente General de Hospitales de la C. N. S. S.

En esta reunión, se abordó el estudio de numerosos aspectos técnico-administrativos y asistenciales, teniendo en cuenta el mejoramiento constante de la atención a los asegurados y la defensa del potencial humano de la nación. Este encuentro, aparte de su finalidad de vinculación profesional, ha brindado la oportunidad de intercambiar ideas en beneficio de los centros asistenciales del Seguro Obrero. A este respecto es conveniente citar uno de los temas más exhaustivamente estudiados: el de la coordinación de los sistemas de trabajo en los hospitales entre sí, con la

## INFORMACIONES SOCIALES

Superintendencia General de Hospitales, y con la Dirección de la Caja Nacional de Seguro Social, relativa a la uniformidad en los procedimientos, métodos y técnicas administrativas.

Mereció singular atención el estudio del tema referente a la organización del cuerpo médico en los distintos hospitales de la Caja, tomándose como base el que funciona en el Hospital Obrero de Lima. A este respecto se acordó elaborar un estatuto normativo que, al reconocer la importancia de garantizar los intereses superiores de los pacientes mediante una adecuada coordinación, sirva de estímulo al incremento de la cultura profesional, a elevar el nivel científico de la asistencia y tienda a mantener los principios de ética, protegiendo la respetabilidad de los derechos profesionales, agrupando finalmente a los médicos que prestan sus servicios en nosocomios del Seguro Social.

Se acordó asimismo, realizar reuniones periódicas, lo que permitirá aunar propósitos y sistematizar tendencias y métodos en beneficio de la población asegurada.

### LOCAL PARA LA SECCION SUBSIDIOS EN EL HOSPITAL OBRERO DE LIMA

Como quiera que la oficina destinada al pago de subsidios en el Hospital de Lima resulta inadecuada por su estrechez, dado el gran volumen de sus operaciones, y siéndole necesario un local de mayor amplitud, el Director Gerente, presentó al Consejo un proyecto de ampliación del ala oeste del Pabellón de Administración, manteniéndose sin alteración las líneas generales del edificio actual.

Dicho proyecto, sancionado por el Directorio, comprende un área de construcción de 1,196 m<sup>2</sup>., habiéndose calculado su costo en S/. 1'200,000.00.

### ADQUISICION DE TERRENOS

En el informe del Director Gerente, relativo a la construcción de locales propios para las oficinas de administración en provincias, el Consejo autorizó la compra de un lote de 285 m<sup>2</sup>. en la ciudad de Cañete, al precio de S/. 30,000.00 ubicado en la calle O'Higgins, a corta distancia de la plaza principal.

Asimismo el Directorio autorizó a la Gerencia para adquirir un lote de 30,000 m<sup>2</sup>. en el distrito de Pueblo Libre y otro de 66,302.00 m<sup>2</sup>. ubicado en el distrito de La Victoria, destinados a la construcción de casas para obreros y empleados.

### ESTADISTICA DE ASEGURADOS HOSPITALIZADOS POR TBC

En el Hospital Sanatorio N° 1 **Bravo Chico** se ha registrado la siguiente estadística causada por asegurados transferidos por la Caja Nacional de Seguro Social, en virtud del acuerdo firmado en 1948, el mismo que estableció la obligación de reservar 100 camas en dicho centro hospitalario, para asegurados enfermos de TBC.

Como quiera que este importante nosocomio fuera inaugurado en

**INFORMACIONES SOCIALES**

1949, desde ese año comenzó la vigencia del acuerdo citado, habiéndose registrado el movimiento que a continuación se describe:

**MOVIMIENTO DE PACIENTES**

INGRESADOS				SALIDOS			
Años	Hospita- lizados	Existen- tes	Total	Años	Altas	Falle- cidos	Total
1949	54	—	54	1949	7	4	11
1950	54	43	97	1950	27	13	40
1951	66	57	123	1951	43	8	51
1952	39	72	111	1952	53	4	57
1953	113	54	167	1953	57	3	60
1954	116	107	223	1954	116	1	117
1955	106	106	212	1955	99	3	102

**ASEGURADOS HOSPITALIZADOS POR EDADES**

	1 9 5 5		1 9 5 4	
	Número	%	Número	%
De 16 a 20 años	19	17,92	33	28,45
„ 21 „ 30 „	47	44,34	54	46,55
„ 31 „ 50 „	33	31,13	26	22,41
„ 51 „ más „	7	6,61	3	2,59
	106	100,00	116	100,00

**ESTADO CIVIL DE LOS HOSPITALIZADOS**

Solteros . . . . .	60	56,60%
Casados . . . . .	40	37,74%
Viudos . . . . .	3	2,83%
Convivientes . . . . .	3	2,83%
	106	100,00

**ALTAS DE ASEGURADOS**

	1 9 5 5		1 9 5 4	
	Número	%	Número	%
Clínicamente curados . . . . .	47	47,47%	42	36,21%
Mejorados . . . . .	48	48,49%	71	61,21%
En iguales condiciones . . . . .	4	4,04%	3	2,58%
	99	100,00%	115	100,00%

# Información Nacional

## ESTADÍSTICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN 1955

De conformidad con la ley 2348 sobre declaración de casos de enfermedades transmisibles, los médicos sanitarios provinciales y distritales han informado mensualmente al Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sobre los casos ocurridos en las localidades de su jurisdicción durante el año de 1955. Mediante esos informes se ha preparado el siguiente cuadro, que es resumen de las enfermedades más frecuentes en el Perú. Con el fin de apreciar mejor las tendencias de las dolencias, se presentan las cifras en forma comparativa para los años 1955 y 1954 junto con la mediana quinquenal de los años 1949-1953:

Enfermedades	Total	1955		1954	
		Casos y mes de mayor incidencia		Total	Mediana 1949-1953
Tuberculosis . . . . .	19,089	Nov.	1,878	18,081	17,919
Sífilis . . . . .	4,398	Abr.	478	4,451	5,654
Blenorragia . . . . .	5,551	Nov.	516	5,767	5,527
Tifoidea y Paratífica . . . . .	4,320	Feb.	514	3,815	3,290
Brucelosis . . . . .	442	Dic.	73	386	422
Disentería . . . . .	8,692	Nov.	886	8,982	8,313
Escarlatina . . . . .	218	Jun.	52	383	387
Difteria . . . . .	179	Ag.	37	223	175
Tos Convulsiva . . . . .	12,421	Ene.	1,384	14,199	15,149
Meningitis . . . . .	55	Jun.	9	79	78
Peste . . . . .	8	Oct.	5	75	35
Lepra . . . . .	79	May.	11	93	86
Poliomielitis . . . . .	203	Abr.	27	73	53
Encefalitis . . . . .	20	Ag.	6	19	21
Viruela . . . . .	—	—	—	115	1,360
Sarampión . . . . .	8,176	Ene.	1,146	10,258	6,699
Varicela . . . . .	2,645	Jul.	344	4,670	2,084
Fiebre amarilla . . . . .	—	—	—	7	4
Tifus Exantemático . . . . .	229	Sep.	40	476	972
Paludismo . . . . .	11,454	Mar.	1,120	14,228	19,232
Verruga . . . . .	269	Abr.	42	397	517
Gripe . . . . .	58,231	Oct.	9,040	45,286	48,021

## INFORMACIONES SOCIALES

Se observa que algunas de estas enfermedades arrojan un mayor total que en el año anterior, como la tuberculosis, la tifoidea, la poliomeilitis, la brucelosis y la gripe, habiendo variado en escasa magnitud como en gran volumen. En cambio otras enfermedades han mostrado apreciable reducción en su incidencia, como el paludismo, la tos convulsiva, el sarampión y la viruela. A esto se agrega que otras dolencias han mantenido estacionaria, en forma relativa, su incidencia, contándose entre éstas, la sífilis, la blenorragia y la encefalitis aguda epidémica.

Finalmente cabe observar un último caso, el de las enfermedades que no han registrado caso alguno como fiebre amarilla y la viruela.

Comparando las cifras de los años 1955 y 1954 con los de la mediana 1949-1953, se puede advertir ciertas variaciones ocurridas y que guardan vinculación con las actuales campañas sanitarias. De este modo un grupo de enfermedades ha disminuido su frecuencia en forma notable; tal es el caso del paludismo que con una mediana de 19,232 casos en 1949-1953, bajó a 14,228 en 1954 y a 11,454 casos en 1955; puede mencionarse igualmente a la tos convulsiva, cuya mediana de 15,149 en 1949-1955 se ha reducido a 14,199 en 1954 y a 12,421 en 1955.

En sentido opuesto otras enfermedades han registrado mayor incremento en su incidencia, como la tuberculosis, la tifoidea, el sarampión y la poliomiéilitis, en especial esta última que ha duplicado en 1955 el número de casos denunciados en años anteriores.

### CONSTRUCCION DE VIVIENDAS EN EL CALLAO

De conformidad con los planes de ampliación de la Unidad de Viviendas "Santa Marina" del vecino puerto del Callao, se ha iniciado la construcción de 504 nuevas viviendas destinadas a cerca de 5,000 personas de escasos recursos económicos; se ha previsto una inversión aproximada de estas obras de 20 millones de soles.

Las nuevas edificaciones comprenden 14 bloques de dos plantas con casas independientes en altos y bajos, siendo trescientos veinte de tres dormitorios y 184 de dos dormitorios.

Estas nuevas viviendas serán adjudicadas a los ocupantes de las barracas "Grau" y "La Estrella", que a la fecha han sido empadronados en su integridad. Igualmente, funcionará el sistema, de alquiler-venta, pagadero en veinte años, sistema que la Junta de Obras Públicas ha implantado con todas sus adjudicaciones.

### AUMENTOS Y MEJORAS DE SALARIOS

Durante los últimos meses se ha hecho evidente la necesidad de reajustar los sueldos de los servidores públicos como particulares, así como las remuneraciones de algunos grupos de asalariados. Iniciados los reajustes en el pasado año con las mejoras a los miembros de los Institutos Armados, del Poder Judicial y el Magisterio Nacional, fué necesario elevar las remuneraciones de los trabajadores públicos y privados, a quienes el Supremo Gobierno, ha otorgado los siguientes aumentos:

- a) **Empleados Públicos:** Aumento de S/. 300.00 a partir del 1º

## INFORMACIONES SOCIALES

de Mayo, sobre el haber básico, incorporándose al sueldo la bonificación por costo de vida de S/. 100.00 mensuales. Se ha elevado a S/. 50.00 por hijo, la bonificación por familia numerosa. (D. S. 27/4/56).

**b) Empleados Particulares:** Desde el 1º de Abril de 1956 perciben los siguientes aumentos: 30% sobre los primeros S/. 1,000.00 de remuneración, 20% sobre los siguientes S/. 500.00; y 10% sobre los S/. 500.00 restantes.

Estos porcentajes de aumento se calcularán sobre la remuneración vigente al 31 de diciembre de 1955; las mejoras otorgadas en forma voluntaria o por pacto, a partir del 1º de Enero de 1956, forman parte de los aumentos ahora concedidos. (D. S. 10 D. T. de 4/5/56 — y R. M. Nº 220 D. T. de 11/5/56).

**c) Trabajadores de la Industria Textil:** Se ha establecido que el jornal base por ocho horas de labor en esta Industria no será menor de S/. 7.00 para hombres y mujeres, con excepción de las fábricas de las de punto y medias, que ocupen 40 o menos trabajadores, en que el jornal base mínimo no será menor de S/. 5.75. Sobre estos jornales se aplicarán el porcentaje correspondiente al reajuste por fluctuación del costo de vida. (D. S. 23/5/56).

**d) Obreros de Construcción Civil:** Los salarios normales de estos trabajadores a partir del 1º de Abril son los siguientes: Operarios S/. 40.00 ayudantes u oficiales S/. 29.90; peones S/. 27.00. (D. S. Nº 9 D. T. — 17/4/56).

## INAUGURACION DEL LOCAL DE LOS TRABAJADORES EN CONSTRUCCION CIVIL

Con asistencia del señor Presidente Constitucional de la República, General Manuel A. Odría, el día 12 de Mayo tuvo lugar la inauguración del nuevo local del sindicato de trabajadores en construcción civil, el mismo que ha sido construido a un costo de 1'200,000.00 soles oro.

Este acontecimiento dió lugar a una lucida e interesante ceremonia que fué realizada con la presencia de Ministros de Estado, autoridades públicas, delegados de compañías constructoras y numeroso público.

El moderno edificio que posee tres plantas, cuenta con amplias piezas distribuidas racionalmente, mereciendo especial mención la amplia sala de sesiones, que siempre estará abierta a todos los trabajadores que quieran reunirse con amplia libertad de expresión, reunión y organización.

## SERVICIOS MEDICOS PARA EMPLEADOS Y SUS FAMILIARES

Desde el 1º de Julio próximo, entrarán en funcionamiento los servicios médicos establecidos por la Asociación de Empleados del Perú destinados a la atención de los empleados socios y sus familiares, (esposa e hijos).

Estos servicios médicos otorgarán asistencia en forma completamente gratuita, exigiéndose como único requisito, la presentación del carnet especial que la Asociación proporcionará a sus miembros y familiares de éstos.

## INFORMACIONES SOCIALES

Se ha previsto que las consultas se reciban entre los días Lunes y Viernes de 6.30 a 8 p.m. habiéndose logrado además un acuerdo que facilita la atención de pacientes en consultorios privados fuera de las horas señaladas.

### CENSO EXPERIMENTAL DE LA REPUBLICA

En virtud de recientes disposiciones gubernamentales, el 1º de Julio se efectuó un censo experimental con el fin de poner a prueba la organización censal, cuestionarios y demás documentos preparados por la Oficina Ejecutiva del Censo Nacional, los mismos que se utilizarán próximamente en el Triple Censo Nacional (agropecuario, vivienda y población).

Esta investigación experimental se ha efectuado en áreas urbanas y rurales, en los siguientes distritos: Tumbes, Morropón, Sullana, Chiclayo, Chongoyape, Trujillo, Santiago de Percoy, Cajamarca, Chimbote, Piura, Huancayo, Huari, Tingo María, Pativilca, Arequipa, Socabaya, Tiabaya, Viraco, Ica, Santiago, Tacna, Huancayo, Chacapalca, Chanchamayo, Huayllay, Cusco, Accha, Ayacucho, Ilave, Moho, Azángaro, Iquitos, y algunos centros poblados situados en las márgenes del río Ucayali.

El empadronamiento de las áreas urbanas, se realizó en un día, y el de las áreas rurales en un plazo de 15 días, empleándose para este objeto, los documentos aprobados por la Comisión Central del Censo Nacional.

### NUEVA UNIDAD SANITARIA

Con fecha 9 de Junio fué inaugurada una nueva Unidad Sanitaria en el distrito de Magdalena, construida por el Fondo de Salud y Bienestar Social, de conformidad con el plan de Administración Sanitaria del Area Metropolitana de la ciudad de Lima, plan que contempla la construcción de 10 Unidades Preventivo-Asistenciales.

Esta nueva Unidad cuenta con todas las dependencias, necesarias para el buen cumplimiento de sus funciones: administración, consultorios (medicina, prenatal, infantil, enfermedades venéreas, carnet sanitario, dental e higiene mental) servicios auxiliares de diagnóstico (Rayos X y laboratorio) y de epidemiología para el control de enfermedades transmisibles y servicio anexo de vacunación. Asimismo posee oficinas para el médico-jefe, secretaría, servicio social, enfermería, ingeniero sanitario, oficinas de trabajo y una amplia sala de conferencias donde se proporcionarán en forma periódica, amplia información sanitario-asistencial empleando modernos medios de difusión audiovisuales.

La ceremonia inaugural estuvo a cargo del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, General de Sanidad Alberto López Flores, quien remarcó los altos fines de profilaxia y terapéutica que persiguen las unidades sanitarias, especialmente con la centralización zonal de servicios y la coordinación funcional en beneficio de la colectividad.

Esta nueva Unidad Sanitaria cubrirá el área comprendida por los distritos de Magdalena del Mar, Pueblo Libre y San Miguel, proporcio-

## INFORMACIONES SOCIALES

rando a más de 100,000 habitantes, atención médico-social general y especializada.

### LABOR DEL HOSPITAL SANATORIO N° 1 (BRAVO CHICO)

Durante el año 1955 se ha incrementado notablemente el número de pacientes de este importante Hospital Sanatorio por haberse internado mayor número de enfermos que en 1954. Ello ha sido posible gracias al aumento de la velocidad hospitalaria. Así se han dado de alta, clínicamente curados, a 353 pacientes y 373 mejorados, declarados aptos para el trabajo. En total, han egresado 726 pacientes, que representan el 41,16% del total de asistidos.

Del total de altas producidas, 771, el 45.78%, corresponden a los clínicamente curados; 48,38% a los mejorados, lo que registran un total de 94.16% de pacientes restituidos a la sociedad, quedando sólo un 5.84% en iguales condiciones mientras que en el año 1954 los porcentajes fueron de 51.68%, 44.85% y 3.47% respectivamente.

El porcentaje de morbimortalidad ha sido de 3.11% sobre un total de asistidos de 1,764, mientras que en 1954 fué de 2.11%. El aumento de este porcentaje se debe a que de los 55 fallecidos, el 27% correspondió a enfermos hospitalizados de suma gravedad que no permanecieron internados más de 30 días.

Siguiendo las tendencias actuales en el tratamiento de la tuberculosis, el trabajo quirúrgico ha continuado incrementándose año tras año; conviene remarcar que sobre 371 intervenciones quirúrgicas por tuberculosis se han efectuado 122 intervenciones no ocasionadas por el mal de Koch, sino por otros estados concurrentes.

Seguidamente ofrecemos en forma sintetizada un cuadro general del movimiento registrado en el Hospital Sanatorio de Bravo Chico durante el año 1955:

### MOVIMIENTO DE PACIENTES

Total de asistidos . . . . .	1,764
Dados de Alta . . . . .	771
Fallecidos . . . . .	55
Existentes . . . . .	938

### HOSPITALIZADOS POR EDADES

	1955		1954	
	Número	%	Número	%
De 11 a 15 años . . . . .	29	3.35	27	3.52
De 16 a 20 años . . . . .	217	25.09	174	22.69
De 21 a 30 años . . . . .	393	45.43	361	47.07
De 31 a 50 años . . . . .	185	21.39	167	21.76
De 51 y más . . . . .	36	4.16	36	4.70
Ignorado . . . . .	5	0.58	2	0.26
	865	100.00	767	100.00

## INFORMACIONES SOCIALES

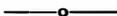
## ESTANCIAS PRODUCIDAS

	1955	1954
Camas . . . . .	960	960
Pacientes por día . . . . .	337,790	341,010
Estancias por día . . . . .	352	355

## ESTADO CIVIL DE LOS HOSPITALIZADOS

Solteros . . . . .	594	68.67%
Casados . . . . .	232	26.82%
Viudos . . . . .	23	2.66%
Divorciados . . . . .	3	0.35%
Convivientes . . . . .	13	1.50%
	865	100.00%

Conviene mencionar que este importante nosocomio inaugurado en 1949, cuenta con 960 camas distribuidas técnicamente y con los servicios adecuados para el cumplimiento de sus elevadas finalidades: la curación y recuperación de los tuberculosos, así como su reintegración a la sociedad. Ubicado a breve distancia de la Gran Lima, cuenta con un personal de 35 médicos estables, 96 servidores técnico-auxiliares, 56 empleados y 291 obreros. El Hospital Sanatorio N° 1 depende de la División de Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, recibiendo anualmente una subvención fiscal consignada en el Presupuesto General de la República, que al año 1955, ascendió a S/. 7'217,525.88.



# Información Extranjera

## ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO

### 131º REUNION DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION

Entre el 6 y el 9 de marzo del presente año, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, celebró su 131º reunión, en Ginebra bajo la presidencia del Sr. A. H. Brown, del Canadá.

Asistieron representantes de los grupos gubernamentales, empleadores, trabajadores, adjuntos y suplentes; delegados de organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales; habiéndose examinado diversos puntos que seguidamente, y por creerlo de interés, ofrecemos una síntesis.

El Consejo decidió recomendar a la Conferencia Internacional del Trabajo, la aprobación de un presupuesto de gastos para el ejercicio financiero de 1957, que asciende a 7'617,708 dólares estadounidenses.

Asimismo, el Consejo recibió y examinó informes de distintas comisiones, entre ellas las siguientes: Comisión de Expertos en Política Social en territorios no Metropolitanos, Comisión Permanente Agrícola, Reunión Regional Técnica Americana sobre Cooperativas, Conferencia Técnica Asiática sobre Formación Profesional para la Industria, Comité de Correspondencia de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Comisión de Organizaciones Internacionales, Comisiones Industriales, etc.

Cuanto al programa de reuniones futuras el Consejo prestó su aprobación y confirmación a las fechas de las siguientes sesiones:

- 26a. reunión de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones — 15 al 18 de Marzo de 1956;
- 5a. reunión, Comisión del Petróleo, del 4 al 14 de abril;
- 6a. reunión, Comisión del Carbón, 30 de abril al 12 de mayo;
- 132a. reunión, Consejo de Administración, 28 de mayo al 2 de Junio;
- 39a. reunión, Conferencia Internacional del Trabajo, 6 de Junio (apertura);
- Reunión de Expertos en Relaciones Humanas y del Trabajo, 2 al 11 de julio.

### RATIFICACION DE CONVENIOS

Con fecha 16 de febrero de 1956, el Director General de la Oficina Internacional del Trabajo, ha registrado la ratificación por Birmania del Convenio sobre indemnización por accidentes de trabajo, 1925.

## INFORMACIONES SOCIALES

El 3 de Abril de 1956, el Director General de la O. I. T. registró la ratificación por parte de Ceilán, del Convenio sobre Inspección del Trabajo 1947.

Posteriormente, el 9 de Abril, recibió la confirmación por parte del Gobierno de Egipto, del Convenio sobre las vacaciones pagadas (agricultura), 1952.

### DECLARACION DE CONVENIOS

El Director General de la Organización Internacional del Trabajo, con fecha 8 de marzo de 1956, ha registrado una declaración del Gobierno de Bélgica, según la cual éste acepta y aplica sin modificación alguna al Congo Belga y al Territorio en fideicomiso de Ruanda Urundi, el convenio sobre las Cláusulas de Trabajo (contratos celebrados por las autoridades públicas) 1949.

Posteriormente, con fecha 10 de marzo, el Director General ha recibido varias declaraciones del Gobierno del Reino Unido, por las que acepta aplicar sin modificación alguna las disposiciones de los instrumentos siguientes: Convenio sobre la seguridad social de la gente de mar, 1946, en nombre del Gobierno de la Isla de Man; Convenio sobre la protección del salario, 1949, en nombre de los gobiernos de las Islas Man y de Jersey; Convenio sobre los trabajadores migrantes (revisado) 1949, en nombre de los gobiernos de las islas Man, Jersey, y de Guernesey (incluyendo sólo el anexo II); y convenio sobre los métodos para la fijación de salarios mínimos (agricultura) 1951, en nombre del Gobierno de la Isla de Man.

### 39a. CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO

El día 6 de Junio del presente año, en el Palacio de las Naciones, en Ginebra, se iniciaron las labores de la 39a. Conferencia del epígrafe, con asistencia de los delegados de 72 estados miembros de la O. I. T.

De acuerdo con la agenda formulada previamente, reviste especial atención la discusión de los puntos relativos a la formación profesional en la agricultura, los servicios sociales para trabajadores; informaciones y memorias sobre la aplicación de convenios y recomendaciones, descanso semanal en el comercio y en las oficinas, y las condiciones de vida y de trabajo de las **poblaciones indígenas** en los países independientes.

Esperamos brindar a nuestros lectores en nuestro próximo número, una información más amplia sobre esta importante cita anual, cuyas decisiones coadyuvarán al perfeccionamiento laboral y a la elevación del nivel mínimo de bienestar de nuestros países.

### SEXTA CONFERENCIA DE LOS ESTADOS DE AMERICA MIEMBROS DE LA O. I. T.

Gracias a una gentil invitación del Presidente de la República de Cuba, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, ha acordado celebrar la Sexta Conferencia Regional de los Estados de América, Miembros de la O. I. T., en la ciudad de La Habana, del 3 al 15 de setiembre del presente año. El orden del día será el siguiente:

## INFORMACIONES SOCIALES

- 1º—Memoria del Director General de la O. I. T.
- 2º—Papel de los empleadores y trabajadores en los programas para elevar la productividad.
- 3º—Relaciones entre empleadores y trabajadores.
- 4º—Movimiento cooperativista.

## ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

### Resumen de Actividades

La Organización Mundial de la Salud ha finalizado su séptimo año de actividades, habiendo obtenido desde 1948 resultados muy satisfactorios en la lucha contra las enfermedades trasmisibles, en el fortalecimiento de los servicios nacionales de salud pública y en el adiestramiento de personal.

La Organización Mundial de la Salud ha cooperado, durante ese lapso, en más de 500 proyectos sanitarios en 108 países y territorios, destinados a mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los habitantes del globo. Es interesante citar la nueva orientación en la lucha contra la malaria, encaminada a la total erradicación de esta enfermedad; igualmente la lucha antituberculosa ha asumido un papel decisivo, merced a los adelantos quimioterápicos que han originado una completa modificación en la forma de tratar los problemas de esta dolencia. Asimismo, continúa la campaña de vacunación con B. C. G. habiéndose inculado este suero a 10 millones de personas, siendo sometidas a prueba 26 millones de personas. Cabe mencionar la realización de activas campañas contra la frambesia y treponematosis, que han alcanzado a 50 millones de personas por exámenes y 15 millones por tratamiento.

Este importante organismo ha proporcionado asistencia técnica a organizaciones sanitarias nacionales, para el desarrollo o perfeccionamiento de los servicios relativos al saneamiento, nutrición, higiene mental, higiene materno-infantil, enfermería, informes epidemiológicos, estadísticas sanitarias, educación sanitaria, higiene social y profesional e higiene dental.

Finalmente la O. M. S. ha enviado 69 profesores a 25 escuelas de enfermería, y a otras escuelas de medicina, de salud pública e instituciones para adiestramiento del personal auxiliar. Dentro del Programa de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, el programa de la O. M. S. ascendió a cerca de 5 millones de dólares, al mismo tiempo que la UNICEF continuaba aportando equipos y suministros en beneficio de madres y niños.

### Novena Asamblea Mundial

En el mes de junio ha tenido lugar la IX Asamblea Mundial de la Salud, presidida por el Dr. Jacques Parisot, de Francia. Los puntos discutidos correspondieron a la admisión de nuevos miembros en la O. M. S.

## INFORMACIONES SOCIALES

a la reanudación de la participación en la Organización de miembros inactivos, aprobación del presupuesto de 10'700,000.00 dólares para 1957 y otros temas que seguidamente se ofrecen brevemente sintetizados.

En lo relativo a la Energía Atómica, se aprobó un programa para el adiestramiento del personal de Salud Pública, desarrollo de pautas y estudios de diversos riesgos relacionados con la radiación y eliminación de desperdicios radioactivos.

La Asamblea conoció los informes de países donde se ha logrado considerables progresos en las campañas de erradicación de la malaria, de acuerdo con la orientaciones recomendadas.

Encontró amplio apoyo la propuesta referente a que la O. M. S. debía intensificar sus estudios y trabajos sobre enfermedades cardíacas que constituyen una de las principales causas de defunción en el mundo.

Como es costumbre se realizaron Discusiones Técnicas conjuntamente con la Asamblea, abordándose in extenso el tema "Las enfermeras: su formación profesional y función que desempeñan en los programas sanitarios". Así se convino en que las cinco funciones esenciales de la enfermera profesional son las siguientes: Proporcionar expertos cuidados de enfermería, prestar servicios de educación sanitaria; observar cuidadosamente el estado físico y emocional del paciente; entrenar y orientar al personal auxiliar; participar en la planificación de los servicios médicos y equipos necesarios.

## COLOMBIA

### **Constitución de la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social.**

Debiendo realizarse en el año 1957 el III Congreso Iberoamericano de Seguridad Social en Colombia, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, por intermedio de su Gerente General, ha dictado una resolución mediante la cual se organiza la Oficina del epígrafe, en la sede del Instituto, con los fines siguientes: adelantar investigaciones y trabajos que correspondan al país organizador como miembro de la O. I. S. S. y llevar a la práctica las relaciones entre el Instituto, la Organización y los miembros de la misma.

Estos trabajos han sido encomendados a los Departamentos y técnicos del Instituto, habiendo sido invitados para intervenir en la elaboración de sus planes y trabajos, los Ministros de Relaciones Exteriores, de Trabajo y Salud Pública, Gerentes de Instituciones de Previsión Social, el Rector de la Universidad Nacional, Profesores de Derecho del Trabajo, técnicos y expertos cuyas actividades se consideren útiles para el cumplimiento de los programas de la Oficina.

### **Nuevos Proyectos y Realizaciones de la Seguridad Social.**

Actualmente el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales está empujando en la solución de un programa de vastas proyecciones en todo el territorio de ese país. Es así que desde el mes de febrero de 1956, está en funcionamiento la Caja Seccional del Valle del Cauca, que cubre a 130,000 asegurados y beneficiarios. Uno de los proyectos más importantes

## INFORMACIONES SOCIALES

es el establecimiento del Seguro Social Campesino, que permitirá la protección integral del trabajador agrícola sin exclusiones ni limitaciones. A la fecha, la Caja Seccional de Quindío y Norte del Valle que cubre a gran número de trabajadores, especialmente cafetaleros y azucareros, otorga beneficios a cerca de 24,000 habitantes de campo, cifra que representa el 50% de la población protegida por esta Caja.

Asimismo, el Instituto tiene en construcción numerosas clínicas y hospitales, en Bogotá, Medellín, Cali, Armenia, Pereyra, y otras ciudades importantes de Colombia.

### ESTADOS UNIDOS

#### Estadística de Población Infantil.

El número de menores de 18 años en los Estados Unidos, se ha elevado de 47 millones en 1950, a 56 millones en 1955, lo que representa un 18% de aumento, de acuerdo con las informaciones de la Oficina del Censo. Durante ese mismo período, la población menor de 21 años ha aumentado en 16%, pues siendo de 54 millones es actualmente de 62 millones.

Uno de los cálculos elaborados por esa importante repartición estadounidense, indica que entre los años 1955 y 1965, el número de menores de 18 años se elevará en 21% o sea que alcanzará más de 62 millones. En este mismo período se espera que el número de menores entre 10 y 17 años de edad, aumente en un 48% de acuerdo con el gran número de niños nacidos en 1940 y que se considera en el presente grupo a partir de 1950, en que alcanzaron los 10 años de edad.

De los 8 millones de personas que reciben beneficios del seguro de vejez y sobrevivientes, de acuerdo con la Ley de Seguridad Social, son menores de 18 años, 1'282,000; de estos 1'160,000 son hijos de asegurados fallecidos y 122,000 de asegurados pensionados. También gozan de beneficios 293,000 madres con hijos menores de 18 años con derecho a pensiones de sobrevivencia.

El Departamento de Niños, ha registrado en 1954, un 8% más de casos de delincuencia en relación a 1953 juzgados por los tribunales especiales; este porcentaje representa el sexto aumento consecutivo en los casos informados. El Departamento estima que en 1954, cerca de 465,000 menores entre los 10 y 17 años, o sea el 2.4% del total del grupo en los Estados Unidos, han sido estudiados en las cortes respectivas por conducta delincuente.

### ECUADOR

#### Aumento de las pensiones de Jubilación y Montepío.

Por resolución del Instituto Nacional de Previsión, de enero del presente año, han sido elevadas las pensiones de Jubilación y Montepío que otorga la Caja de Pensiones en vista del resultado favorable del balance actuarial de la Caja.

Dicho dispositivo establece una escala para la elevación de pensiones,

## INFORMACIONES SOCIALES

contemplando aumentos fijos y porcentajes a los beneficios que se han venido sirviendo hasta diciembre de 1955, en la siguiente forma:

a) Para las pensiones de jubilación que oscilaban entre 110 sucres y 810, mensuales, se contemplan aumentos de 40 sucres hasta 62 como máximo para los primeros, menos el 20%, dado que la pensión antigua excedía de 500 sucres, para los que estaban entre 501 y 810 sucres;

b) Las pensiones de montepío o viudez y orfandad, se han aumentado en la siguiente forma: Las pensiones mínimas de 30 sucres se han elevado en 40%; las comprendidas entre 601 y 740 sucres reciben 28 sucres, menos el 20% del exceso de 600 de la pensión original. Esta escala de aumentos, que va desde límites mínimos a los máximos ya fijados, es una escala hasta cierto punto inversamente proporcional a la cuantía de las antiguas pensiones.

Precisa destacar el fundamento legal en que se apoya el Acuerdo Ejecutivo de diciembre de 1955, vigente desde enero de 1956; que concede facultad expresa al Instituto para la **revisión periódica** de las pensiones tomando en consideración el costo de vida y con cargo a un excedente de utilidades de las inversiones.

Conjuntamente con el alza de estos beneficios, se ha elevado los mínimos de estas prestaciones, en las siguiente cuantía de pensión de jubilación, que antes era de 110 a 150 sucres; pensión de viudez, de 140 a 155 sucres; en igual suma se ha elevado los mínimos de beneficios para huérfanos dobles y de 30 a 42 sucres, para los huérfanos simples.

### Estadística financiera de la Caja de Pensiones.

Ofrecemos a continuación un cuadro demostrativo de los ingresos y egresos de la Caja de Pensiones Ecuatoriana, durante el año 1954 y los meses de enero a octubre de 1955:

#### Ingresos (en sucres)

	1954	Ene.-Oct., 1955
Aporte de los asegurados . . . . .	30'133,713.00	32'069,610.00
Cuotas patronales . . . . .	21'788,419.00	23'223,683.00
Fondos de la Cooperativa mortuoria	4'849,376.00	5'112,605.00
Otros recursos . . . . .	2'117,071.00	2'399,052.00
Intereses y otras utilidades . . . . .	28'617,784.00	23'539,519.00
Contribución del Estado . . . . .	4'173,047.00	—
Seguro de Cesantía . . . . .	12'490,810.00	13'777,518.00
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>104'170,220.00</b>	<b>100'121,987.00</b>

## INFORMACIONES SOCIALES

**Egresos**  
(en sucses)

	1954	Ene.-Oct., 1955
Servicios a los afiliados (º) . . . .	28'352,258.00	28'010,629.00
Gastos de administración y otros egresos . . . . .	12'020,722.00	7'418,288.00
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>40'372,980.00</b>	<b>35'428,917.00</b>
Depósitos de abonos . . . . .	20'834,582.00	22'488,198.00

(º) En este rubro se incluye la devolución de aportes.

**F R A N C I A**
**Situación Financiera de la Seguridad Social**

Seguidamente orfecemos un cuadro demostrativo del movimiento financiero de la Seguridad Social en Francia, registrado durante los tres primeros trimestres de 1955:

(En millones de francos)

Regímenes	Ingresos	Egresos	Excedent.	Déficit
<b>Seguros Sociales</b>				
Sistema general y diversos . . . .	329,902	370,928	—.—	41,026
Funcionarios . . . . .	12,699	17,348	—.—	4,649
Estudiantes . . . . .	677	714	—.—	37
Inválidos y viudas de guerra . . .	1,037	1,824	—.—	787
Accidentes de trabajo . . . . .	56,268	60,517	—.—	4,249
<b>Asignaciones familiares</b>				
Obreros . . . . .	343,444	328,843	14,601	—.—
Empleados e independientes . . .	22,356	22,502	—.—	146
<b>Total general . . . . .</b>	<b>766,383</b>	<b>802,676</b>	<b>14,601</b>	<b>36,293</b>

## INFORMACIONES SOCIALES

### H A I T I

#### **Aumento de cotizaciones del Seguro Social**

La Ley orgánica del Instituto de Seguros Sociales de Haití, establece que después de los tres primeros años de funcionamiento del Instituto, el monto de la contribución de los empleadores para el seguro de accidentes de trabajo será del 1% del total de salarios pagados, y que el Consejo de Administración del Instituto, con aprobación de la Secretaría de Trabajo, podrá elevar esa tasa al 2%, con carácter retroactivo.

En el curso de los tres primeros años de aplicación de la ley, la Dirección del Instituto ha reconocido que el 1% es insuficiente, por el fuerte egreso ocasionado por la construcción de hospitales, sanatorios, maternidades y otros edificios destinados a locales administrativos, casas populares y ciudades obreras.

Ante la demanda del Director del Instituto, la contribución de los empleadores ha sido fijada en 2%.

### I T A L I A

#### **Presupuesto del Ministerio de Trabajo**

Por Ley N° 973 de 31 de octubre de 1955, se ha aprobado la distribución de las partidas para el ejercicio financiero del 1° de julio de 1955 al 30 de junio de 1956, las mismas que ha continuación insertamos:

- a) Subsidios a los trabajadores necesitados, a Instituciones, organismos asistenciales y familiares: 6'500,000 liras.
- b) Accidentes de Trabajo: 13'000,000 liras.
- c) Reembolso al Instituto Nacional de Previsión por pensiones y asignaciones por invalidez y vejez: 238'000,000 liras.
- d) Aporte del Estado al Fondo de Adecuación de pensiones del Instituto Nacional de Previsión: 70'000,000 liras.
- e) Contribución del Estado a la Federación Nacional de Cajas Mutuales de Enfermedad de los Trabajadores Agrícolas Independientes: 9'000,000 de liras.

El egreso total del capítulo relativo a la previsión y asistencia, asumiendo a la suma de 79,257'500,000 liras.

### I S R A E L

#### **Régimen complementario de pensiones de retiro para los trabajadores de la industria**

La Caja de Prestaciones y Pensiones Mivtachin por una parte y la Asociación de Industriales de Israel, por otra, han acordado establecer un régimen único de pensiones complementarias, aplicable a todas las empresas industriales del país.

## INFORMACIONES SOCIALES

De este modo los empleadores abonarán 3,5% de los salarios, al régimen complementario, más 1.5% por seguro de vejez y sobrevivientes, de acuerdo con la ley de Seguro Nacional, los asalariados abonarán el 4% de sus ingresos más 1% por seguro de vejez y sobrevivientes. Las cotizaciones serán entregadas a la Caja Mivtachin.

Todo trabajador dentro de la edad mínima (65 años para hombres y 60 para mujeres) gozará de pensión, incluyendo la prestación de vejez señalada por la ley, más una suma complementaria pagada por la Caja Mivtachin. La pensión total será del 40 a 65% de los salarios. Estos dispositivos particulares están previstos para los trabajadores que tengan tres años menos de la edad de retiro, al momento de la aplicación de la ley de seguro nacional y que tuvieran como mínimo siete años de servicios a un mismo empleador.

Los salarios considerados para el cálculo de la pensión complementaria, corresponden a las ganancias medias de los tres últimos años de trabajo y comprende además las asignaciones de vida. Si después del retiro de un trabajador se eleva el salario del puesto que desempeñaba, la pensión se reajustará de acuerdo con la modificación.

El nuevo régimen contempla: a) retiro obligatorio de los trabajadores, en función a la edad de pensión; b) supresión de otras prestaciones creadas por pactos colectivos; c) supresión de indemnizaciones de licenciamiento de los trabajadores fuera de sus empleos a la edad de pensión.

El problema de la indemnización de licenciamiento de los trabajadores por límite de edad será nuevamente examinado, con miras a establecer mayor relación entre las indemnizaciones de licenciamiento y las sumas abonadas al fondo de retiro.

Los trabajadores que pasen a otro empleo comprendido en el régimen, conservarán sus derechos. Todo asalariado despedido por enfermedad o accidente, e incapacitado para trabajar en una empresa incluida en el sistema, puede hacer uso de las sumas que posee en la Caja Mivtachin. Un trabajador despedido y que no se afiliara al nuevo régimen dentro de seis meses, puede retirar sus cotizaciones, así como las patronales depositadas, o que hubieren sido abonadas en una caja de previsión, en caso que la empresa no hubiera señalado acuerdo contrario.

### Estadística de Accidentes de Trabajo

El Departamento de Higiene Industrial de la Federación Nacional de Trabajo, ha registrado durante el año 1955, 33,500 accidentes de trabajo, cifra bastante elevada si se considera la de 1954, ascendente a 19,011. Se atribuye este fuerte aumento, al hecho que a comienzos de 1955, fué introducido el seguro de accidentes, y por consiguiente, los accidentes han sido notificados más regularmente.

El número de accidentes mortales fué de 49, contra 48 en 1954. Excluyendo los decesos, el promedio de pérdida ha sido de 18 días de trabajo por caso, o sea un total de 602,082 días de trabajo en 1955. Más de mil trabajadores han sufrido lesiones permanentes.

Seguidamente se detallan los accidentes registrados por industrias: metalurgia, 9,339; alimentación 2,830; madera, 1,606; otras industrias,

## INFORMACIONES SOCIALES

3,174; Trabajos públicos, minas y vías, 2,913; agricultura, 2,841; construcción, 4,531; transportes y puertos, 3,195; diversos, 3,069.

## J A P O N

## Nuevo plan quinquenal de Seguridad Social

El Ministro de Previsión Social ha elaborado el proyecto de un nuevo plan quinquenal de seguridad social para los años 1956-1960.

El plan prevé la extensión y el mejoramiento del seguro de enfermedad.

De acuerdo con las estimaciones, cerca de 30 millones de personas no están cubiertas actualmente por el seguro de enfermedad, (régimen general y obligatorio para obreros y empleados) ni por el seguro nacional de enfermedad (semi-obligatorio). El campo de aplicación de estos seguros será gradualmente extendido, de suerte que en 1960, el total de la población se encuentre cubierta por estos seguros.

Como el costo de las prestaciones médicas tiende a aumentar de año en año, no se ha previsto que los ingresos por cotizaciones de seguro, aumenten de manera considerable, a fin de que el nivel de ingreso de los trabajadores permanezca estable. En consecuencia, el Tesoro Nacional deberá abonar, en el espacio de 5 años, hasta 1960, 75 millones de yens al seguro de enfermedad y 98 millones al seguro nacional de enfermedad, lo que representa un desembolso de 173 millones de yens. Estas subvenciones serán necesarias para solventar las prestaciones.

La organización actual de los servicios médicos es insuficiente y se requiere en total 58,000 camas. En consecuencia, se podrá construir en el curso de los próximos cinco años, nuevos hospitales generales, o ampliar los existentes para aumentar a 12,000 el número de camas disponibles; el costo de este aumento será aproximadamente de 400 millones de yens.

Por otro lado, el Presupuesto Nacional deberá proporcionar 300 millones de yens para implantar una red de establecimientos médicos entre las comunidades que hasta ahora no dispongan de estos servicios.

Según una encuesta realizada en 1953, había 2'920,000 pacientes tuberculosos, debiendo estar hospitalizados 1'370,000. A la misma fecha, el número de camas existentes era solamente de 278,000. El régimen actual de participación de los poderes públicos en el costo de los servicios médicos, es muy imperfecto; en consecuencia las siguientes medidas deberían ser adoptadas:

a) El número de camas para tuberculosos deberá ser aumentado a 24,000, a un costo de 8,500 millones de yens.

b) Una suma de 59 millones de yens deberá ser dedicada a inversiones en sanatorios nacionales.

c) En el curso de un breve período, 320 millones de personas serían examinadas desde el punto de vista sanitario y vacunadas con BGG; o sea, cerca de 64 millones de personas por año y a un costo de 6,400 millones de yens.

d) 4'477,000 personas, deberán recibir una contribución públi-

## INFORMACIONES SOCIALES

ca para cubrir los gastos médicos antituberculosos, el costo de este desembolso, se eleva a 31,500 millones de yens.

e) Los establecimientos de reposo deberán ser creados a un costo de 600 millones de yens.

f) Una suma de 200 millones de yens, deberá ser asignada para visitas médicas, gastos de desinfección, y la creación de dormitorios o salas aisladas para los pacientes, en sus domicilios o en otros lugares.

El total de gastos necesarios para la ejecución de las medidas contempladas será de 108 billones de yens.

## R U S I A

### Presupuesto Social para 1956

Con fecha 28 de diciembre pasado, se ha aprobado el Presupuesto de la Unión Soviética para 1956. Los ingresos totales se han fijado en 592.7 billones de rublos y los egresos globales en 569,6 billones de rublos.

Los egresos presupuestarios para los servicios sociales y culturales, ascienden a 161,2 billones de rublos en 1956, con un aumento de 14,5 billones en relación a 1955. Esta suma se reparte así:

Enseñanza . . . . .	72,6	billones de rublos
Seguros Sociales del Estado y Seguridad Social . . . . .	53,6	” ” ”
Salud pública y cultura física . . .	35,0	” ” ”

Los gastos del Presupuesto en la enseñanza, aumentaron de 4,3 billones de rublos sobre 1955 y son ocasionados por la extensión de las redes escolares, por el aumento del número de alumnos en escuelas superiores, secundarias y especiales, etc. El Presupuesto destinado a la formación de cuadros, es de 23,5 billones de rublos, se ha previsto dentro del plan económico de 1956 que 760,000 personas de alta y media calificación, serán instruidas en el curso del año, con un aumento de 120,000 personas con respecto a 1955. En 1956, 645,000 obreros calificados egresarán de las escuelas y de diversos establecimientos del sistema de trabajo, 100,000 personas de escuelas técnicas y 244,000 de las escuelas de mecanización agrícolas; 13,6 billones de rublos (contra 11,6 en 1955) serán destinados para el financiamiento de instituciones científicas.

Las partidas destinadas a la salud pública han sido aumentadas en 4,7 billones de rublos, a fin de asegurar la continua extensión de los sistemas de salud pública y para el mejoramiento del control médico de la población. El personal médico que se ha beneficiado de un aumento en noviembre de 1955, percibirá 2,6 billones de rublos por tratamientos.

Los fondos del presupuesto, afectados al financiamiento de los seguros sociales del Estado, se reparten como a continuación se indica:

**INFORMACIONES SOCIALES**

Seguros . . . . .	30,5	billones de rublos
Seguridad Social . . . . .	17,9	” ” ”
Asignación a las madres con varios hijos y a las que educan a sus niños . . . . .	5,2	” ” ”

**T U R Q U I A**
**Carencia de personal médico**

Después de examinar el presupuesto de la Higiene Pública, se ha anunciado que Turquía requiere más de 22,000 médicos, repartidos en todo el país y que faltan aún 30 años para alcanzar a cubrir esta demanda. Actualmente el número de médicos en Turquía, es de 8,172, incluyendo 654 mujeres. De estos profesionales, 2,272 se encuentran en Estambul, 734 en Ankara y 427 en Izmir. El número de galenos en el resto del país es de 4,739. En Estambul, donde la población es de 1'542,971 personas, la situación puede ser considerada como normal, con un médico para 683 habitantes; en Ankara, la proporción se eleva a un médico por 1,537 habitantes y en Izmir a uno por 2,165 habitantes; en el resto del país, la relación es de un médico por 4,365 habitantes.

El promedio general para Turquía se ha establecido en un médico por 2,950 habitantes, cifra completamente insuficiente, sin considerar por cierto, el número de profesionales en Estambul.

## Legislación Social Peruana

*Salud Pública  
y Asistencia Social*

### **TRATAMIENTO DOMICILIARIO A ENFERMOS TUBERCULOSOS.**

**R. M. N° 33 "SP" 12-4-56.**  
**"El Peruano" 18-4-56.**

Autoriza a la Unión de Obras de Asistencia Social a la realización de un programa de tratamiento de enfermos tuberculosos en sus propios hogares, seleccionados de entre quienes están en espera de ser internados, dejando a este fin, sin efecto, la autorización concedida anteriormente, de invertir una suma en la construcción de una escuela sanatorio.

### **SERVICIO ANTITUBERCULOSO EN EL HOSPITAL DE MOLLENDO.**

**R. M. 26-5-56.**  
**"El Peruano" 18-6-56.**

Aprueba el convenio firmado entre la Unidad Sanitaria de Islay y la Sociedad de Beneficencia Pública de Mollendo por el que organiza y pone en funcionamiento, la Unidad Preventiva Asistencial de Tuberculosis de Mollendo.

*Trabajo y  
Asuntos Indígenas*

### **NUEVAS DISPOSICIONES PARA LAS PLANILLAS DE PAGO DE CONSTRUCCION CIVIL.**

**D. S. N° 8 "DT" 9-4-56.**  
**"El Peruano" 12-4-56.**

Decreta que a partir de la fecha, en los libros de planillas de salarios que llevan los empleadores del ramo de construcción civil, se abrirá un asiento especial en el que figure el monto de la liquidación por concepto de indemnizaciones y demás beneficios sociales que correspon-

## INFORMACIONES SOCIALES

dan a cada obrero, el que será suscrito por éste una vez vencido el contrato de trabajo.

### **AUMENTO DE SALARIOS A LOS TRABAJADORES DE CONSTRUCCION CIVIL.**

**D. S. N° 9 "DT" 17-4-56.**

**"El Peruano" 26-4-56.**

Establece que los salarios normales de los trabajadores de construcción civil de Lima, Callao y Balnearios, serán elevados a partir del 1º ed abril de 1956, a los montos siguientes: operarios S/. 40.00; ayudantes u oficiales S/. 29.90; peones S/. 27.00.

### **AUMENTO DE SUELDOS A LOS EMPLEADOS PARTICULARES.**

**D. S. N° 10 "DT" 4-5-56.**

**"El Peruano" 7-5-56.**

A partir del 1º de abril los empleados particulares de la República, excepto los de Arequipa e Islay, percibirán los siguientes aumentos: 30 % sobre los primeros S/. 1,000.00 de remuneración; 20 % sobre los siguientes S/. 500.00 y 10 % sobre los S/. 500.00 restantes. Estos porcentajes se calcularán sobre la remuneración vigente al 31 de diciembre de 1955.

### **NORMAS PARA LA APLICACION DEL AUMENTO A EMPLEADOS PARTICULARES.**

**R. M. N° 220 "DT" 11-5-56.**

**"El Peruano" 16-5-56.**

Establece normas complementarias relativas al aumento de sueldos a empleados particulares, señalado por el D. S. N° 10 "DT" de 4 de mayo, en relación a aumentos voluntarios y a modalidades de remuneración.

### **FONDO DE INDEMNIZACION PARA SUPERNUMERARIOS EN EL CALLAO.**

**D. S. N° 15 "DT" 25-5-56.**

**"El Comercio" 6-6-56.**

Señala que los estibadores supernumerarios del Callao percibirán como indemnización por tiempo de servicios, el resultado de multiplicar la 24ª parte del monto de los salarios percibidos, durante el último año de labor cumplido al 31 de diciembre, por el número de años de trabajo.

## INFORMACIONES SOCIALES

### REAJUSTE DE SALARIOS MINIMOS A LOS OBREROS TEXTILES DE HUANCAYO, SULLANA, ICA Y LA LIBERTAD.

R. M. N<sup>o</sup>s. 322, 323, 324 y 325.

"D. T." 22-6-56.

"El Comercio" 26-6-56.

Aprobados los siguientes salarios mínimos: S/. 5.50, 3.20, 4.20 y 5.00, que corresponden por jornada legal a los trabajadores textiles del Departamento de La Libertad, de la Provincia de Sullana, de la ciudad de Ica y de la Provincia de Huancayo respectivamente.

*Justicia y Culto*

### COMISION QUE FORMULARA REGLAMENTO DEL SERVICIO MEDICO LEGAL

R. S. 6-6-56.

"El Peruano" 9-6-56.

Constituye una comisión integrada por el Director General de Justicia y Culto que la presidirá, por el Director del Servicio Civil y Pensiones, por el Juez Instructor Decano de Lima, por el Director de la Morgue de Lima, y por el Profesional más antiguo de la Oficina Médico-Legal, para que formulen el proyecto de Reglamento del Servicio Médico Legal.

*Hacienda y Comercio*

### AUMENTO DE SUELDOS A LOS EMPLEADOS PUBLICOS.

D. S. 27-4-56.

"El Peruano" 28-4-56.

Aumenta a partir del 1<sup>o</sup> de Mayo de 1956, el haber básico de los servidores públicos en S/. 300.00 mensuales, exceptuando a aquellos que ya han tenido elevación de haberes. Asimismo incorpora al sueldo la bonificación por costo de vida de S/. 100.00 y eleva a S/. 50.00 la bonificación por familia numerosa.

### NOMBRAN COMISION DE PROMOCION ECONOMICA DE AREQUIPA.

R. S. N<sup>o</sup> 48, 5-6-56.

"El Peruano" 12-6-56.

Crea la Comisión del epígrafe que estará constituida por los siguientes miembros: un representante del Presidente de la República, que la presidirá, representantes de los Ministerios de Hacienda, de Fomento

## INFORMACIONES SOCIALES

y Agricultura; delegados de las Sociedades: Agrícola, de Comercio e Industrias de Arequipa, con el propósito de fortalecer las labores de su desarrollo económico y promover el mejoramiento del nivel de vida de su población.

**PROGRAMA DE COOPERACION TECNICA PARA LA SIERRA SUR DEL PERU.****D. S. 22-6-56.****“El Comercio” 26-6-56.**

Encarga a la Oficina de Coordinación de Cooperación Técnica del Ministerio de Hacienda, para que en forma conjunta con la Misión de Operaciones de los Estados Unidos en el Perú, prepare un plan integral de cooperación técnica para la Sierra Sur del Perú, que comprenda la Gran Meseta y la Región Andina; dicho estudio se realizará con colaboración de los Ministerios de Hacienda y Comercio, Agricultura, Fomento, Salud Pública y Trabajo.

---

# Biblioteca de la Caja Nacional de Segura Social

## PUBLICACIONES RECIBIDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 1956

### 1.—ORGANISMOS INTERNACIONALES

#### a)—Naciones Unidas

- Annual Reports of Governments: Perú. E/NR. 1951-1954/1.
- List of firms authorized to manufacture drugs. E/NF. 1955/1.
- Model guide for the application of the protocol for limiting and regulating the cultivation of the poppy plant, the production of, international and wholesale trade in, and use of opium. E/NT/9 New York, 1955.
- Laws and Regulations: Gilbert and Ellice Islands. (E/NL. 1955/42, 98), Philippines. (E/NL. 1955/44), — India (E/NL. 1955/45, 78-80, 86, 92, 94, 96, 87), — Sweden (E/NL. 1955/48-49), — Australia (E/NL. 1955/51-59), — Egypt (E/NL. 1955/65-67), — Uganda (E/NL. 1955/75-76), — Venezuela (E/NL. 1955/77), — Yugoslavia (E/NL. 1955/81), — Viet-Nam (E/NL. 1955/82) British Solomon Islands Protectorate (E/NL. 1955/83), — Israel (E/NL. 1955/84), — Sierra Leone (E/NL. 1955/93), — Somaliland Protectorate (E/NL. 1955/95), — Jamaica (E/NL. 1956/15-16), — Pakistán (E/NL. 1956/18), — Afghanistan (E/NL. 1956/27).
- Economic and Social Council.—Narcotic Drugs. E/NS. 1956/Summary 1, 2, 3.
- Economic and Social Council.—Commission on narcotic drugs. Summary of annual reports of Governments relating to opium and other narcotic drugs 1954.—E/NR. 1954/Summary/Add. 1.
- Bulletin on Narcotics. N° 2, 3-4, 1955.
- Estudio Económico de América Latina 1953. México, 1954.

#### b)—Organización Internacional del Trabajo

- Actas de la 128ª Reunión del Consejo de Administración. 4/3/55.
- Actas de la O. I. T. 38ª Reunión, 1955.
- Memorias del Director General: 11ª, 1928; 12ª, 1929; 14ª, 1930; 15ª 1931; 16ª 1932; 39ª, 1956.
- Duración del Trabajo y Paro. Informe de la Conferencia Preparatoria, 1933.
- El Trabajo de las Mujeres. 1935.
- Salarios. Informe VI a), 31ª Reunión, 1948.
- Aplicación de Convenios. Trabajo de Mujeres. 31ª Reunión, 1948.

## INFORMACIONES SOCIALES

- Conferencia de los Estados de América. Memoria del Director. Montevideo, 1949.
- Tribunales de Trabajo en América Latina. Informe IV, 1949.
- Igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor entre mano de obra masculina y la mano de obra femenina. Informe V, (1) y (2), 33ª Reunión, 1950. Informe VII, 34ª Reunión, 1951.
- Colaboración entre las autoridades públicas y las Organizaciones de empleadores y trabajadores. Informe VI, 34ª Reunión, 1951.
- Resoluciones y textos adoptados. 34ª Reunión, 1951.
- Protección a la salud de los trabajadores en los lugares de trabajo. Informe VIII (1) y (2), 35ª Reunión, 1952.
- Resoluciones y textos adoptados. 35ª Reunión, 1952.
- Organización y funcionamiento de los servicios nacionales del trabajo. Informe VII, 36ª Reunión, 1953.
- The financing of social security. Informe III, The age of retirement. Informe IV, Conferencia Regional Europea, 1955.
- Cuestiones financieras y de presupuesto. Informe II, 39ª Reunión, 1956.
- Informaciones y Memorias sobre la aplicación de convenios y recomendaciones. Informe III (3) y (4), 39ª Reunión, 1956.
- Formación profesional en la Agricultura. Informe IV (2), 39ª, 1956.
- Servicios sociales para trabajadoras. Informe V: (2), 39ª Reunión, 1956.
- Trabajo forzoso. Informe VI (1) y (2), 39ª Reunión, 1956.
- Descanso semanal en el comercio y en las oficinas. Informe VII (1) y (2), 39ª Reunión, 1956.
- Condiciones de vida y de trabajo de las poblaciones indígenas en los países independientes. Informe VIII (1) y (2), 39ª Reunión, 1956.
- Estadística del empleo y desempleo y de la mano de obra. Conferencia Internacional de Estadígrafos del Trabajo. 1947.
- Craig, Isabel, Las pensiones de los mineros. 1955.
- Gerig, Daniel S.: La edad de pensión en los regímenes de pensiones de vejez. 1955.
- Décimo Informe de la Organización Internacional del Trabajo a las Naciones Unidas. 1956.
- Hacia la Seguridad Social.—Serie M. N° 18, 1942.
- La Cooperación internacional técnica y financiera en materia de migraciones colonizadoras.—Serie O. N° 7, 1938.
- Poblaciones indígenas. Nueva Serie, N° 35, 1953.
- Informe del Comité Especial del trabajo forzoso. Nueva Serie, N° 36, 1953.
- Problemas de la política de salarios en Asia. Nueva Serie, N° 43, 1956.
- Boletín Oficial. N° 5, 1955.
- Informaciones Cooperativas. N° 2, 1955.
- Informaciones Sociales. vol. XIV, N° 9, 10, 11, 12, 1955; vol. XV, N° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 1956.
- Noticias de la O. I. T. N° 33, 34, 35, 1956.
- Revista Internacional del Trabajo. vol. LII, N° 5, 6, 1955; vol. LIII, N° 1, 2, 3, 4, 1956. Suplemento Estadístico. vol. LII, N° 5, 6, 1955; vol. LIII, N° 1, 2, 3, 4, 1956.
- Seguridad e Higiene en el Trabajo. vol. V, N° 4, 1955; vol. VI, N° 1, 2, 1956.

## INFORMACIONES SOCIALES

Serie Legislativa. sep.-oct., nov.-dic., 1955; ene.-feb., 1956.  
Servicios Nacionales del Empleo: Estados Unidos. 1955.

### c)—Organización Mundial de la Salud

#### Oficina Sanitaria Panamericana

Boletín de la O. S. P. vol. XXXIX, N° 3, 4, 5, 6, 1955; supl. N° 2. vol. XL, N° 1, 2, 3, 1956.  
Bulletin de la O. M. S. N° 4, 1955.  
Crónica de la O. M. S. N° 9, 10, 11, 12, 1955; 1, 2, 1956.  
Informe Epidemiológico Semanal de la O. S. P. N° 52, 1955; 1 al 25, 1956.  
Noticiero de la O. M. S. vol. IX, N° 1, 2, 3, 4-5, 1956.  
Publications de L'Organization Mondiale de la Santé, 1954. (Cát.).

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

Consejo. ISSA/C/XII/PV Duodécima Sesión. México, 1955.  
Intercambio de puntos de vista entre los representantes de la Asociación Médica Mundial y la A. I. S. S. Viena, 1955. ASO/O/4/1.  
Observaciones referentes a las 15 conclusiones de la A. I. S. S. sobre las relaciones entre las instituciones de seguridad social y la profesión médica formuladas por la Asociación Médica Mundial, en la reunión mixta de los representantes de la A. M. M. y de la A. I. S. S. Viena, 1955.  
Informe de la Secretaría General al Consejo de la A. I. S. S. 1955.  
Mesa Directiva.—Resumen de la discusión y de las decisiones. AISS/B/6. 1955.  
Lista de las Instituciones Miembros. 117 en 46 Países. nov. 1955.  
Liste de la Législation récente de Sécurité Social, 1956.  
XII Asamblea General.—Resoluciones, Recomendaciones y Conclusiones. 1955. Estatutos de la AISS. (nuevo texto).  
Informe II/AP. Seguro de Enfermedad. vol. II; Monografías Nacionales. 1955.  
Informe IV y VII, Problemas administrativos de los regímenes de protección contra el desempleo, 1955, 1956.  
Zapata Ballón, Ernesto: El Seguro de Enfermedad en América Latina. 1956.  
Bulletin de la A. I. S. S. n° 9-10, 11, 12, 1955; 1-2, 3, 4, 1956.  
Seguridad Social. n° 16, 17, 18, 1955.  
Séptima Reunión Extraordinaria del Comité permanente de la Reunión mixta A. I. S. S.—C. P. I. S. México, nov.-dic. 1955.

### e)—Unesco

Mendes-France, Pierre y Ardant, Gabriel: La Ciencia Económica y la Acción. 1955.

## INFORMACIONES SOCIALES

### f) — Organización de los Estados Americanos

- América. n° 7, 8, 1954.  
 Ciencias Sociales. n° 3, 1950; 22, 1953; 25, 27, 28, 29, 1954; 35, 36, 1955.  
 Servicio Social Interamericano. n° 2, 1955; 4, 1956.  
 Vivienda y Planeamiento. n° 13-14, 1954; 15, 16-17, 18, 19, 1955; 20, 1956.  
 Directorio de publicaciones periódicas en el campo de las Ciencias Sociales. 1a. parte. América. 1955.  
 Enseñanza del Servicio Social en América, 1950-1954.  
 Guía de Instituciones y Sociedades en el campo de las Ciencias Sociales. 1a. parte. Estados Unidos, 1952. 2a. parte — América, 1954.  
 Guía de Servicio Social en América, jul. 1955.  
 Guía para la clasificación de los datos culturales. 1954.  
 Renovación Urbana, 1955.  
 El Panamericanismo en Acción. 1955.  
 Bosquejos de las Repúblicas Americanas. 1956.  
 Servicio Social de Grupo. 1956.  
 Bernard, L. L.: La Sociología en los Estados Unidos. 1950-1955.

### g) — Organización Iberoamericana de Seguridad Social

- Acción de la Seguridad Social Iberoamericana. n° 3, 4, 1955; 1, 2, 1956.  
 Vives Sandoval, Augusto: Inversiones de los fondos de los Seguros Sociales. 1956.

## 2.—LIBROS Y FOLLETOS

- Fischlowitz, Estanislau: Previdencia Social. Río de Janeiro, 1955.  
 Compte Rendu de la Séance Académique Commemorative et des Journées Internationales D'Etudes. Bruxelles, 1955.  
 Instructivo para Asegurados y Beneficiarios del Seguro Social. La Paz-Bolivia, 1954.  
 Censo de población de Antioquia. Bogotá, 1951.  
 Instituto Colombiano de Seguros Sociales. Caja Seccional de Antioquia. Registro Estadístico. Medellín, 1954.  
 Lovato V., Juan Isaac: Prisión por Deudas. Quito, 1955.  
 Samuelson, P. A.: Curso de Economía Moderna. Madrid, 1955.  
 U. S. Department of Health, Education and Welfare:
- a) Handbook of old-age and survivors insurance statistics, 1951,52.
  - b) Health and Maternity Ynsurance throughout the World. 1954.
  - c) Old-Age, Survivors and Ynvalidity Programs throughout the World. 1954.
  - e) Social Welfare programs in the United States, by Ida C. Merriam, 1953.
  - f) Social Workers from around the world observe Social Welfare in the United States. 1953.

## INFORMACIONES SOCIALES

### Federal Security Agency. Social Security Administration:

- a) Social Security Financing.
- b) Independent plans providing.—Medical Care and Hospitalization Insurance in 1949 in the United States. 1950.

Digest of selected Health, Insurance, Welfare, and Retirement plans under collective bargaining. 1951.

Milbank Memorial Fund. Proceedings of the thirty-second annual dinner meeting. Dec. 1955.

Code of Federal Regulation. 1949.

Pensions in the United States. 1952.

A look at modern health insurance. Chamber of Commerce of United States, 1954.

Library of Congress: A guide to the official publications of the others American Republics: Brasil, Bolivia, Colombia, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela.

Daniels, Arthur C.: Life Insurance<sup>e</sup> Public. Relations in Europa.

Aspectos de la Gran Bretaña. 1955.

Informe Northcome-Trevelyan sobre la organización del servicio civil permanente. Traducción de Raúl Boero y Roberto Zabaleta. Montevideo, 1955.

Berham, Frederic: Economic. London, 1955.

Report of the Committee of Enquiry into the Cost of the National Health Service, London, 1956.

### Instituto Indigenista Nacional. Guatemala:

- a) Alfabeto para los cuatro idiomas indígenas mayoritarios de Guatemala: Quiché, Cakchiquel, Mam y Kekchí. 1950.
- b) Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala. 1952.
- c) Distribución de las lenguas indígenas actuales de Guatemala. 1946.
- d) Lecciones sencillas para aprender a leer en Cakchiquel. 1954.
- e) Sedat S., Guillermo: Nuevo diccionario de las lenguas K'ekchi' y Española. 1955.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Reglamento sobre protección relativa a accidentes en general. 1955.

Departament de L'Economie Nationale. Institut Haitien de Statistique. Recensement General. vol. II, 2 t. 1950.

Pellegrini, Rinaldo: Medicina mutualistica ed assistenza di malattia. Padova, 1956.

Ramazzini, Bernardini: De Morbis Artificum. Roma, 1953.

Actas Finales de los Congresos Indigenistas Interamericanos, México. (Pátzcuaro, 1940; Cuzco, 1949; La Paz, 1954).

García Cruz, Miguel: La Seguridad Social. México, 1955.

Problemas técnicos y jurídicos del seguro Social. México, 1955.

El Asegurado. Panamá, 1955.

## INFORMACIONES SOCIALES

- Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social. Panamá, 1954.  
 Seminario de Seguridad Social. Panamá, 1954.  
 Aparatos de protección respiratoria. Para uso de trabajadores industriales. Lima, 1953.  
 Atlas Geográfico del Perú. 23 departamentos, 1955. (Compañía de Seguros Atlas).  
 El Carbunclor Sintomático en el Huallaga Central. Lima, 1955.  
 El Departamento de Higiene Industrial a órdenes del Perú industrial. Lima, 1952.  
 Directorio Fabril de la Sociedad Nacional de Industrias. Lima, 1956.  
 Disposiciones legales y administrativas referentes a "Certificados de exportación de envases". Lima, 1956.  
 Guía Verde de los Teléfonos. Lima, 1956.  
 Paz Soldán, Carlos Enrique: Hipólito Unanue. Lima, 1955.  
 Informe Financiero-Actuarial sobre el Fondo de Empleados de la Caja de Depósitos y Consignaciones. Lima, 1955.  
 Morán Velarde, Ernesto A., Normas contables y legislación tributaria. Lima, 1956.  
 El problema de higiene industrial en el Perú. Lima, 1953.  
 Swanson, Arthur F.: Producción y utilización de Cebada y Malta en el Perú. Lima, 1955.  
 Zelenka, Antonio: Proyecto de Estatuto definitivo del Seguro Social del Empleado.  
 Resumen de las observaciones de la Federación Médica Peruana al Anteproyecto de Estatuto del Seguro del Empleado. Lima, 1955.  
 La Silicosis y su prevención. Lima, 1953.  
 Suplemento.—Salud, Educación, Trabajo. 1948-1955.  
 Dirección Nacional de Estadística. República Dominicana.

- a) 1er. Censo Nacional de Industrias y de Comercio. 1955.
- b) 3er. Censo Nacional de Edificios y Viviendas. 1955.
- c) 4to. Censo Nacional Agropecuario. 1950.
- d) Movimiento postal, telefónico y radiotelegráfico. 1956.

- Seguro Social Dominicano: Album conmemorativo del 25º aniversario de la Era Trujillo, 1955.  
 Castro Ramírez, Miguel: Otra Alianza Moderna: Seguro de capitalización y seguro de vida e invalidez. Montevideo, 1956.  
 Gutiérrez Alfaro, Pedro: Exposición — En la V Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Caracas, 1955.  
 Decreto-Ley de Subsidio familiar. Yugoslavia, nº 3, 1955.  
 Décret sur L'Organisation des Instituts D'Assurance Sociale. Yugoslavia, nº 2, 1955.  
 La Ley de Seguro de Enfermedad de Obreros y Empleados. Yugoslavia, nº 1, 1955.

### 3.—PUBLICACIONES PERIODICAS NACIONALES

**Actualidad Económica.** (Bolsa de Comercio de Lima) nº 92, 1955; 93, 94, 95, 96, 97, 98, 1956.

## INFORMACIONES SOCIALES

- Anales de la Facultad de Medicina.** n° 1, 2, 1946; 1, 2, 3, 4, 1948; 2, 3, 1949; 2, 3, 4, 1952; 4, 1953; 1, 2, 3, 4, 1954; 1, 2, 3, 4, 1955; 1, 1956.
- Anuario Estadístico del Perú.** 1953.
- Asociación de Cámaras de Comercio del Perú.** n° 64, 65, 1955.
- Ayuda pro niños lisiados pobres.** n° 3, 1956.
- Balanza de Operaciones Internacionales del Perú.** 1938-47, 1938-52.
- Banco Central de Reserva del Perú.** Memoria, 1954, 1955.
- Banco Continental.** Memoria y Balance, 1955.
- Banco de Fomento Agropecuario del Perú.** Memoria, 1953.
- Banco de Lima.** Memoria, 1954, 1955.
- Banco Gibson.** Memoria y Balance, 1955.
- Banco Industrial del Perú.** Memoria, 1953, 1954.
- Banco Internacional del Perú.** Memoria y Balance, 1955.
- Banco Popular del Perú.** Memoria y Balance, 1944, 1945, 1946, 1947, 1949, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955.
- Banco Unión.** Memoria y Balance, 1955.
- Banco Wiese.** Memoria y Balance, 1955.
- Boletín Bibliográfico.** (Biblioteca Central del Ministerio de Trabajo) n° 1, 1956.
- Boletín de la Caja de Depósitos y Consignaciones.** n° 582, 583, 584, 585, 586, 587, 1955.
- Boletín de la Compañía Administradora del Guano.** n° 8, 10, 11, 12, 1955; 1, 2, 1956.
- Boletín de la Sociedad Nacional de Minería y Petróleo.** n° 46, 1955.
- Boletín de la Superintendencia de Contribuciones.** n° 21, 22, 1951; 23, 24, 25, 26, 1952; 27, 28, 29, 30, 1953; 31, 32, 33, 34, 1954; 35, 36, 1955.
- Boletín de la Universidad Nacional de Ingeniería.** jul-ago-set., oct-nov-dic., 1955.
- Boletín del Banco Central de Reserva del Perú.** n° 275, 276, 277, 1954; 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 1955; 290, 291, 292, 293, 1956.
- Boletín de Noticias "Bis".** (Publicado por la Embajada Británica) abr., may., jun., 1956.
- Boletín Estadístico Municipal de la Ciudad de Lima.** n° 93, 1955.
- Boletín Municipal.** Concejo Provincial de Lima. n° 1612-A, 1615-1616, 1617, 1955; 1619, 1956.
- Caja de Ahorros de Lima.** Memoria y Balance, 1953, 1954, 1955.
- Caja Municipal de Crédito Popular.** Memoria y Balance, 1955.
- Caja Nacional de Seguro Social.** Memoria, 1954.
- Cámara de Comercio, Agricultura e Industria de Chiclayo.** Memoria, 1954-55.
- Cámara de Comercio de Lima. Boletín Mensual.** n° 317, 318, 1955; 319, 320-21, 322, 1956.
- Cámara de Comercio de Lima. Boletín Semanal.** n° 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 1956.
- Concejo Distrital de Miraflores.** Memoria, 1942-44.
- Conferencias.** n° 1, 1955.

## INFORMACIONES SOCIALES

- Corporación de Comerciantes del Perú.** n° 48, 1955; 49, 50, 51, 1956.  
**Costo de Vida.** oct-nov., 1955; ene., feb., mar., abr., 1956.  
**Crónica médica.** n° 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1954.  
**Divulgación e Informaciones.** (Dirección General de Agricultura) n° 7, 8, 9, 1955.  
**Fraterna.** n° 15, 1955; 16, 17, 1956.  
**Hospital Sanatorio n° 1.** (Bravo Chico) Memoria, 1955.  
**Industria Peruana.** (Sociedad Nacional de Industrias) n° 11, 1955; 1, 3, 4, 1956.  
**Informaciones Sociales.** C. N. S. S. n° 4, 1955; 1, 1956.  
**Informaciones y Memorias.** (Sociedad de Ingenieros) n° 1, 6, 7, 12, 1955; 1, 2, 3, 1956.  
**Informativo Agropecuario.** (Ministerio de Agricultura) nov., dic., 1955; ene., feb., abr., may., 1956.  
**Leyes y Resoluciones de Carácter General de la República del Perú.** n° 7, 8, 1955.  
**Magisterio.** n° 1, 1956.  
**La Opinión Popular.** La Oroya, n° 28, 29, 30, 31, dic. 1955; 2, 5, 30, 31, ene. 1, 2, feb. 17, 24, 26, 27, 28, 31, mar. 1956.  
**Panificación.** n° 33, 1955.  
**PCEA.** Boletín Trimestral de Experimentación Agropecuaria. n° 1, 3, 1955.  
**Perú Indígena.** n° 13, 1954.  
**Peruvian Times.** n° 784, 1955; 785 al 809, 1956.  
**Presupuesto General de la República.** 1956.  
**La Reforma Médica.** n° 584, 1954; 589, 590, 591, 592, 593, 1955.  
**Revista Nacional del Perú.** 1942-47; 1942-49; 1942-51; 1942-52.  
**Revista de Derecho y Ciencias Políticas.** I-II-III, 1953.  
**Revista de Jurisprudencia Peruana.** n° 142, 143, 1955; 144, 145, 146, 147, 1956.  
**Revista de la Sanidad de Policía.** n° 89, 90, 91, 1955; 92, 1956.  
**Revista del Hospital del Niño.** n° 58, 59, 1954; 61, 62, 63, 1955.  
**Revista del Museo Nacional.** 1955.  
**Revista de Neuro-Psiquiatría.** n° 3, 4, 1955.  
**Revista Médica de Arequipa.** n° 2, 3, 1955.  
**Revista Médica del Hospital Obrero.** n° 3, 1955.  
**Revista Médica de Puno.** n° 1, 1954.  
**Revista Peruana de Obstetricia.** n° 1, 1956.  
**Revista Peruana de Salud Pública.** n° 7, 1955.  
**SCIPA.** Boletín quincenal. n° 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 1956.  
**Síntesis Semanal.** Informativo de la Corporación de Comerciantes del Perú. n° 1, 2, 1956.  
**Sociedad de Beneficencia Pública de Lima.** Memoria, 1955.  
**Sociedad Nacional Agraria.** Memoria, 1954-55.  
**Superintendencia de Bancos. Balances.** n° 83, 84, 1950; 85, 86, 87, 88, 1951; 89, 90, 91, 92, 1952, 93, 94, 95, 96, 1953; 97, 98, 99, 100, 1954; 101, 102, 103, 1955.  
**Superintendencia de Bancos. Compañías de Seguros.** n° 9, 1953; 10, 11, 12, 13, 1954; 14, 15, 16, 1955.

**INFORMACIONES SOCIALES**

- Técnica Agropecuaria.** n° 2, 3, 4, 1955.  
**Unicef para América Latina.** n° 11, 1955; 12, 1956.  
**Unicef para los niños.** jul-ago., nov-dic., 1955; ene-feb., 1956.

**4.—PUBLICACIONES PERIODICAS EXTRANJERAS**

- ARGENTINA.—Caja Nacional de Previsión para el Personal del Estado.**  
 Memoria, 1953.  
**La Ley.** nov., dic., 1955; ene., feb., mar., abr., may., 1956.  
**Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales.** n° 82, 85, 1955.  
**Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales.** n° 38, 39, 40, 1954; 44, 1955.  
**Revista de Obras Sanitarias de la Nación.** n° 165, 1955.  
**Revista de Trabajo y Previsión.** n° 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 1954; 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 1955.  
**Seguros.** n° 18, 1951; 21, 22, 23, 24, 1952; 25, 26, 1953.
- AUSTRIA.—Soziale Sicherheit.** n° 9, 10, 11, 12, índice, 1955; 1, 2, 3, 4, 1956.
- BELGICA.—Archiva Médica.** n° 6, 1955.  
**La Mutualité Professionnelle.** n° 1, 2, 1956.  
**Office National de Sécurité Sociale. Rapport Annuel.** 1952; 1953; 1954.  
**Revista de la Casa de América Latina.** n° 7, 1955.
- BOLIVIA.—Noticias de la Caja Nacional de Seguro Social.** n° 1, 2, 1954.  
**Protección Social.** 193, 194, 195, 196, 197, 198, 1954; 199, 210, 1955.
- BRASIL.—Banco de Brasil S. A. Relatio de 1954.**  
**Boletín Mensual del Banco del Brasil. Comercio Internacional.** n° 1, 1955.  
**Conjuntura Económica.** n° 11, 12, 1955; 1, 2, 3, 4, 1956.  
**Industriarios.** n° 45, 46, 47, 1955.  
**Revista Brasileira de Economia.** n° 2, 1952; 1, 2, 3, 4, 1955.  
**Revista do Trabalho.** n° 7, 8, 9, 10, 11, 12, 1955.
- COLOMBIA.—Anuario de Comercio Exterior.** 1954.  
**Anuario General de Estadística.** 1953; 1954.  
**Boletín de la Cámara de Comercio de Bogotá.** n° 849, 850, 853, 1955; 859, 861, 862, 1956.  
**Boletín Mensual de Estadística.** n° 23, 24, 25, 26, 1953; 34, 35, 38, 40, 41, 43, 44, 1954; 46, 47, 56, 57, 1955; 58, 59, 60, 61, 62, 1956.  
**Derecho. Colegio de Abogados.** n° 81, 1955.  
**Economía y Estadística.** n° 81, 1955.  
**Universidad Pontificia Bolivariana.** n° 74, 1955.
- COSTA RICA.—Estadística de Salarios.** 1955.  
**Revista de Agricultura.** n° 10, 11, 12, 1955; 1, 2, 3, 1956.  
**Suelo Tico.** n° 34, 1955.
- CUBA.—Arquitectura.** n° 269, 1955.  
**Boletín de Estadística.** n° 1, 1954.  
**Vida Universitaria.** n° 61, 62, 63, 64, 65, 1955; 66, 67, 68, 69, 1956.
- CHILE.—Boletín del Banco Central.** n° 332, 333, 1955; 335-6 1956.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Servicio Social.** n° 2, 3, 1955.

**Unidad.** n° 136, 1954.

**ECUADOR.—Banco Central.** Memoria, 1953.

**Boletín del Banco Central.** n° 334, 335, 336, 337, 338, 339, 1955.

**Boletín de Informaciones y Estudios Sociales y Económicos.** n° 68-69, 1955.

**Boletín de la Sección de Investigaciones de Derecho Comproado.** n° 5, 1955.

**Comercio Exterior Ecuatoriano.** n° 91, 92, 93, 1955.

**Previsión Social.** n° 25, 1953.

**Seguridad Social.** n° 97, 98, 99, 1951; 101, 102, 1952; 104, 105, 1953; 109, 110, 111, 1954; 112, 113, 114, 115, 116, 1955.

**ESPAÑA.—Aurora. Mutua de Previsión Social.** 1955.

**Boletín de Divulgación Social.** n° 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 1955; 114, 1956.

**Compilación de Disposiciones Vigentes sobre Seguros Sociales.** Sup. n° 13, 14, 15, 1955.

**Cuadernos de Política Social.** n° 17, 18, 19, 20, 1953; 21, 22, 23, 24, 1954; 25, 26, 27, 1955.

**Estudios Americanos.** n° 48, 49, 1955; 53, 1956.

**Pensamiento.** n° 45, 1956.

**Revista de la Escuela de Oviedo.** n° 11, 1954.

**Revista de Trabajo.** n° 6, 9, 10, 1952; 2, 1953; 7, 8, 9, 10, 11, 12, 1955; 1, 2, 1956.

**Revista Iberoamericana de Seguridad Social.** n° 4, 5, 1955.

**ESTADOS UNIDOS.—American Economic Security.** n° 5, 6, 1955; 2, 1956.

**American Public Welfare Association. Letter to Members.** n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 1956.

**Apwa.—Bulletin. (Southwest Regional Conference).** n° 1, 1956.

**Children.** n° 1, 2, 3, 1956.

**Export Import Bank of Washington.** n° 349 a 373, 1956.

**Export Import Bank of Washington. (Semiannual Report to Congress).** 1955.

**El Farmacéutico.** n° 2, 1956.

**The Grace Log.** n° 1, 2, 1956.

**Los Hombres Libres en sus Trabajos.** n° 29, 32, 33, 34, 35, 36, 1955.

**Informe Mensual. Movimientos Relativos a la Productividad Obrera.** n° 11, 1953; 22, 23, 1954; 25, 1955.

**The Journal of the American Public Welfare Association.** n° 1, 2, 1956.

**The Labor Market and Employment Security.** jan. 1956.

**Life Insurance.** New Date. nov., dec., 1955; jan., feb., mar., apr., 1956.

**Management Audit. Special Audit.** n° 136, vol. V, n° 14, 1956.

**Money Matters.** dec., 1955; jan., feb., mar., apr., 1956.

**The Monthly Review.** n° 12, índice, 1955; 1, 2, 3, 4, 5, 1956.

**Public Health Reports.** n° 12, 1955; 1, 2, 3, 4, 5, 1956.

**Quarterly.** n° 1, 2, 1956.

**INFORMACIONES SOCIALES**

**Servicios Públicos.** nov., dic., 1955; ene., feb., mar., abr., may., jun., 1956.

**Social Security Bulletin.** n° 9, 10, 1953 e índice; 2, 3, 12, 1955; 2, 3, 4, 5, 1956.

**Think.** n° 2, 3, 1956.

**FRANCIA.—Association Internationale de la Mutualité Française.**

a) **Bulletin trimestriel-Federation Nationale de la Mutualité Française.**

b) **La Mutualité Française.** jul. 1955.

c) **Reglement de la Caisse Autonome D'Assurance-Decés.** sep. 1954.

d) **Reglément de la Caisse Autonome de Retraites de Mutualité Française.**

e) **Reglément de la Caisse Autonome Longue Maladie-Invalidité de la Mutualité Française.**

f) **Reglement de la Caisse Hospitalisation de la Mutualité Française.**

g) **Reglement de la Causse Mutualité Française.**

h) **Federation Nationale de la Mutualité Française. Sstatuts.**

**Bulletin D'Information de la Mutualité Agricole.** n° 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, e Ind. 1953; 39, 43, 46, 47, e Ind. 1955; 48, 49, 50, 51, 52, 1956.

**Bulletin du Service Social des Organismes de Sécurité Sociale.** n° 24, 1955; 25, 1956.

**Code de la Mutualité.** 1955.

**Familles dans le Monde.** n° 2, 3, 4, 1954; 2, 3, 4, 1955.

**Guide du Correspondant de Caisses de Sécurité Social.** n° 11, 12, 1, 1955; 2, 3, 4, 1956.

**Informations Sociales.** n° 2, 4, 11, 1955; 1, 2, 3, 4, 1956.

**Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.** Memoria, 1953; 1954.

**Revue de la Mutualité.** 1, 1956.

**Revue de la Sécurité Sociale.** n° 64, 65, 66, 67, 68, 1956.

**GRAN BRETAÑA.—The Economist.** n° 5857 al 5862, 1955; 5863 al 5881, 1956.

**Government Publications.** aug., sep., oct., nov., dic., 1955; ene., feb.-mar., 1956.

**Social Work.** n° 1, 2, 1956.

**GUATEMALA.—Boletín del Instituto Indigenista.** n° 4, 1, 1946; 2, 1947.

**Boletín Mensual de Estadística.** n° 21, 22, 23, 1956.

**Gaceta de los Tribunales.** n° 1, 12, 1953; 1, 12, 1954.

**HAITI.—Bulletin Trimestriel de Statistique.** n° 19, 1955.

**HOLANDA.—Banco del Seguro Social del Estado.** Balance Estadístico, 1954.

**Banco del Seguro Social del Estado. Seguro de Vejez.** Memoria, 1954.

**Caja de Accidentes de Trabajo.** Balance quinquenal, 1954.

**Noticias de Naarden,** abr. 1956.

**HONDURAS.—La Gaceta.** 13, 14, 15, 17, 18, 19, 27, 28, 29, oct.; 1, 2, nov.; 1955.

**ISRAEL.—Labour Studies.** n° 1, 2, 3, 1954.

**ITALIA.—Assistenza D'Oggi.** n° 4, 5, 1954; 1, 2, 3, 4, 1955; 1, 1956.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Notizie Statistiche. 1948-1951.**

**I Problemi del Servizio Sociale. n° 5, 6, 1955.**

**Providenza Sociale. n° 5, 1951; 1, 2, 5, 1952; 5, 6, 1955.**

**Previdenza Sociale nell'Agricoltura. n° 7, 8, 1954; 5, 6, 1955; 1, 1956.**

**Revista degli Infortuni e delle Malattie Professionali. n° 1, 2, 3, 4, 1952; 2, 6, 1953; 1, 1954; 5, 6, 1955.**

**MEXICO.—Acción Indigenista. n° 2, 3, 4, 1953; 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 1954; 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 1955; 31, 1956.**

**Boletín del Instituto de Derecho Comparado. n° 24, 1955.**

**Boletín Indigenista. n° 1, 2, 3, 4, e Ind. 1952; 1, 2, 3, 4, e Ind. 1953; 1, 2, 3, 4, e Ind. 1954; 1, 2, 3, 4, e Ind. 1955; 1, 1956.**

**Civitas. n° 93, 94, 95, 1955; 96, 97, 1956.**

**Compendio Estadístico. 1954.**

**América Indígena. 1, 2, 3, 4, e Ind. 1952; 1, 2, 3, 4, e Ind. 1953; 1, 2, 3, 4, e Ind. 1954; 1, 2, 3, 4, e Ind. 1955; 1, 1956.**

**NICARAGUA.—Boletín-Órgano de la Cámara Nacional de Comercio e Industrias de Managua. n° 212, 213, 1956.**

**PANAMA.—Caja de Seguro Social.—Informe presentado por el Gerente de la Caja. oct. 1955.**

**Estadística Panameña. n° 2, 3, 4, 1955.**

**PARAGUAY.—Cartilla Agropecuaria. n° 202, 203, 1955.**

**Revista del Instituto de Previsión Social. abr. 1956.**

**REPUBLICA DOMINICANA.—Agricultura. n° 208, 1955.**

**Comercio Exterior. n° 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 1955.**

**Estadística de los Accidentes de Trabajo. 1952; 1954.**

**Estadística de los Accidentes de Tránsito Terrestre. n° 19, 1954.**

**Estadística Industrial. n° 5, 1954.**

**Estadística de los Negocios de Seguro. dic., 1954.**

**Estadística del Seguro Social. n° 19, 1952; 20, 21, 23, 1953; 24, 25, 26, 27, 1954.**

**Finanzas Municipales. 1954.**

**Previsión Social. n° 6, 1955.**

**Registro Público. 1954.**

**Revista de la Secretaría de Estado de Trabajo, Economía y Comercio. n° 36, 1954; 38, 39, 40, 41, 1955.**

**Seguridad Social. n° 45, 46, 1955; 47, 1956.**

**URUGUAY.—Banco de la República Oriental del Uruguay. Boletín Mensual n° 155-156, 1955.**

**Banco de la República Oriental del Uruguay. Suplemento Estadístico de la Revista Económica. n° 139, 1955; 140, 1956.**

**Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. n° 96, 97, 1951; 100, 101, 102, 103, 1952; 104, 105, 106, 107, 1953; 108, 109, 110, 111, 1954; 112, 113, 114, 115, 1955.**

**Boletín "La Uruguaya". abr. 1956**

**Noticiario. Suplemento del Boletín del Instituto Americano de Protección a la Infancia. n° 66, al 73, 1951; 74 al 81, 1952; 82 al 89, 1953; 90 al 97, 1954; 98 al 105, 1955.**

**Revista de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Industria y Comercio. n° 27, 28, 1955.**

## INFORMACIONES SOCIALES

**Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración de la Universidad de la República.** n° 2, 1951; 5, 1953; 6, 1954; 7, 8, 1955.

**Revista del Banco de la República Oriental del Uruguay.** n° 55, 1955.

**VENEZUELA.—Banco Central. Boletín Interno.** 141, 143 1955; 144, 145, 1956.

**Banco Central. Memoria,** 1954.

**Boletín del Banco Central.** n° 119, 121, 122, 124, 125, 127, 1955.

**Boletín de la Cámara de Comercio de Caracas.** n° 503, 504, 505, 1955; 506, 507, 507, 508, 509, 1956.

**Educación.** n° 79, 80, 1955; 81, 1956.

**Estadística de Accidentes de trabajo y comunes en Seguro Social Obligatorio.** vol. 1. 1954.

**Instituto de Previsión y Asistencia Social. Informe de las actividades realizadas durante los cuatro primeros años de su funcionamiento.** 1954.

**Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (cuenta).** 1953; 1954.

**Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Memoria,** 1948-52; 1953; 1954.

**Notas Estadísticas.** n° 67, 68, 69, 70, 71, 73, 1955.

**Revista del Trabajo.** n° 12, 1953; 15, 17, 1954; 18, 19, 20, 21, 1955.

**Revista de Sanidad y Asistencia Social.** n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 1954.

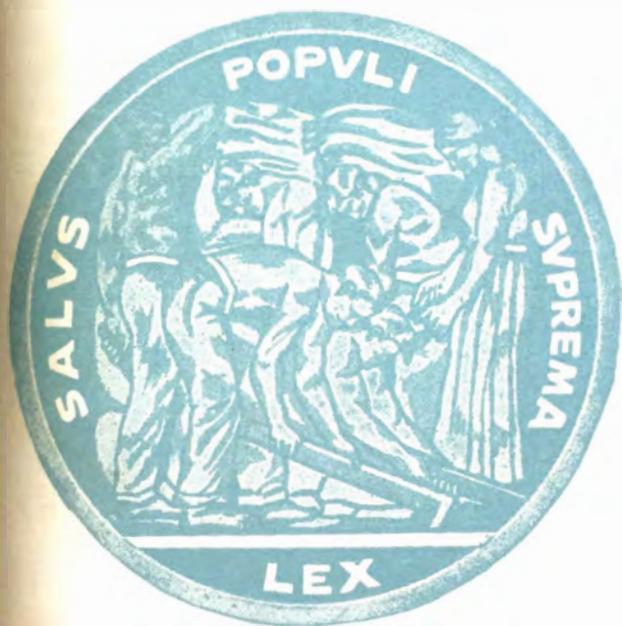
**Revista Nacional de Cultura.** n° 112, 113, 1955; 114, 1956.

**Unidad Sanitaria.** n° 45, 46, 1954; 47, 1955.

— o —

# INFORMACIONES

# SOCIALES



AÑO XI - Julio-Agosto-Setiembre - 1956 - No. 3

Publicación Trimestral de la  
Caja Nacional de Seguro Social del Perú



Señor doctor don Manuel Prado Ugarteche, Presidente Constitucional de la República para el período 1956-1962.

# *INFORMACIONES SOCIALES*

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

# 3

# S U M A R I O

	<u>Pág.</u>
Evolución de los conceptos de Salud y Enfermedad, por el <i>Dr. Luis Angel Ugarte</i> . . . . .	3
Directivas para un programa de desarrollo económico nacional, por el <i>Ingº Rómulo Ferrero</i> . . . . .	43
Aspectos sociales y económicos de la reforma de la previsión social en Alemania Occidental, por <i>Hans Achinger, Joseph Hoffner, Hans Muthesius y Ludwing Neundorfer</i> . . . . .	47
Boletín Institucional . . . . .	65
Información Nacional . . . . .	73
Información Extranjera . . . . .	82
Legislación Social Peruana . . . . .	92
Biblioteca de la C. N. S. S. . . . .	97

—oO—

AÑO XI

Julio-Agosto-Setiembre, 1956

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.**

# *Evolución de los conceptos de salud y enfermedad*

Por el Dr. LUIS ANGEL UGARTE

(Conclusión)

**LOS SISTEMAS EN MEDICINA.**—Cuando Newton expuso la teoría de la gravitación universal que explica múltiples fenómenos físicos, los médicos se esforzaron por encontrar un sistema universal que explicara todos los fenómenos de la vida y de la muerte, la salud y la enfermedad.

Glisson (1596-1677) consideraba la irritabilidad como la propiedad fundamental y como la causa primera y común de los movimientos, las sensaciones y la nutrición.

Federico Hoffman (1660-1742) pensaba que todo el organismo está constituido por fibras que tienen un tono especial y la capacidad de contraerse y dilatarse. El tono de las fibras es excitado y regulado por un fluido nervioso, éter nervioso, que tiene su asiento en el cerebro de donde es llevado a todos los órganos del cuerpo mediante el sistole y diástole de las meninges. Cuando el tono es normal el organismo está sano. Toda alteración del tono implica enfermedad.

Albert von Haller (1708-1777) distinguió dos propiedades vitales: la sensibilidad que pertenece al sistema nervioso y la irritabilidad que es la propiedad que posee el músculo de contraerse bajo la influencia de una excitación independientemente de la sustancia nerviosa.

William Cullen (1712-1790) consideraba también que la irritabilidad era la propiedad fundamental, pero daba importancia preponderante al sistema nervioso. Bajo la influencia de estímulos externos y por intermedio del sistema nervioso se producen contracciones o espasmos y atonías que son los que dominan toda la patología.

John Brown (1735-1788): La incitabilidad es la propiedad del cuerpo vivo. La vida sólo se mantiene por los estímulos, el resultado de la incitabilidad de los órganos. Su normal incitabilidad y la adecuada dosificación de los estímulos constituye el estado de salud. Toda desproporción entre el estímulo y la excitabilidad tiene por consecuencia un estado morboso que puede ser esténico si la excitación es excesiva o asténico si ella es demasiado débil.

Rassori (1766-1837): El “estímulo” y el “contra estímulo” juegan el principal papel en fisiología y en patología. Hay que combatir la diatesis dominante a la que obedece la enfermedad por los contra estimulantes.

## INFORMACIONES SOCIALES

Francois Broussais (1772-1838): Modificó la teoría de la incitabilidad de Brown. La única propiedad de la materia viva sería la contractilidad, resultante de la irritabilidad de los tejidos. Si la excitación es demasiado débil, la debilidad se declara, si es demasiado fuerte sobreviene la irritación y se produce la inflamación, que es el hecho patológico esencial que domina toda enfermedad.

En este concepto se fundó el empleo de la sangría como método terapéutico general para combatir la inflamación. Es bien sabido cómo la sangría dominó esa época y no había enfermo a quien no se le aplicaran sangrías repetidas. No sólo se empleaba como depletivo, sino como medida preventiva: "Así como se bebe para evitar la sed que ha de venir, es preciso hacerse sangrar para evitar la enfermedad que vendrá".

Hahnemann fundó en 1821 otro sistema médico: la homeopatía, basada en la teoría de que sólo el desequilibrio de la fuerza vital produce la enfermedad y en que los medicamentos poseen una fuerza dinámica inmaterial análoga y pueden producir los mismos síntomas que la fuerza vital. La curación se obtiene sustituyendo las enfermedades producidas por la fuerza vital con las ocasionadas por la fuerza medicamentosa: "Similia similibus curantur".

Franz Anton Mesmer (1734-1815) publicó en 1775 su primer trabajo acerca de los efectos de la cura magnética y en 1778 un resumen de sus ideas y doctrinas referentes al magnetismo animal en su obra "Memoire sur le decouver du magnetisme animal". Según esta doctrina, "el vehículo de la influencia mutua entre los cuerpos celestes, la tierra y los cuerpos provoca efectos de flujo y reflujo y obra sobre los nervios, insinuándose en la sustancia de éstos. El cuerpo humano posee propiedades análogas a las del imán, particularmente la polaridad. La propiedad que hace al cuerpo animal susceptible de ser influido por los cuerpos celestes, capacitando también la acción recíproca, es el magnetismo animal. Esta propiedad puede ser comunicada, reforzada y propagada por otros cuerpos animados o inanimados y se trasmite por el sonido, los espejos, la luz y quizá pueda ser también acumulada, concentrada y transportada". "Este principio puede curar inmediatamente las enfermedades de los nervios e indirectamente las otras. Perfecciona la acción de los medicamentos y provoca y dirige las crisis saludables. El arte de curar es llevado a su última perfección por el magnetismo animal" (35).

El Marqués Chastenot de Puysegur, en 1784, al hacer un tratamiento con pases magnéticos a un campesino que sufría de una "fluxión de pecho" vió que el enfermo se adormecía plácidamente, sin crisis. Durante su sueño hablaba y el curso de sus ideas cambiaba a voluntad del Marqués.

En 1787, el Dr. Desiré Petetin descubrió la catalepsia artificial y observó los fenómenos de clarividencia que en ese estado se producían. Según Deleuze "el sonámbulo ve y oye mejor que el hombre despierto; está sometido a la voluntad del magnetizador, distingue lo que es normal en el interior de su cuerpo y en el de otros y por ello puede prever la evolución de las enfermedades e indicar los adecuados remedios terapéuticos. En su memoria se reproduce el recuerdo de cosas

## INFORMACIONES SOCIALES

olvidadas, tiene previsiones y presentimientos, se expresa con facilidad, no está exento de vanidad y se desorienta si es mal dirigido; vuelto a su estado normal, se borran el recuerdo de las sensaciones e ideas tenidas durante el estado sonambúlico. Sólo cierto número de sujetos magnetizados son susceptibles de ser puestos en ese estado" (35).

Tres grupos de teorías trataron de explicar estos fenómenos: las que consideraban que el agente inmediato de la magnetización es un fluido; las que sostienen que el magnetizador actúa directamente sobre el alma y la voluntad del hipnotizado y las que consideraban que se actúa por intermedio de espíritus o demonios.

Entre los adeptos del primer grupo pueden citarse a: Fiedrich Hufeland (1774-1839) quien consideraba que ningún organismo puede vivir aisladamente sino que todo individuo existe solamente en relación con el gran todo. "Los fenómenos proveniente de la interacción recíproca de los seres vivientes, entre ellos y con el Universo, constiuyen la simpatía. El éter, o sea el fluido magnético, es el vehículo de estos fenómenos de interacción".

"El magnetismo animal es una acción simpática. Todo organismo individual que actúa de manera positiva sobre otro, lo polariza, atrayéndolo más o menos en su esfera y lo magnetiza" (35).

Reinchenbach llamaba "fuerza ódica" una materia que todo lo penetra y que mana como una luminosidad de todos los objetos inanimados o animados. Sólo los sujetos sensibles perciben la fuerza ódica y son los únicos que pueden ser magnetizados.

Dods, en 1840 emitió la teoría de que es la electricidad el eslabón que une el espíritu con la materia inerte.

Al segundo grupo pertenecen Chevalier de Barbarin para quien alma y la voluntad constituyen lo principal en los fenómenos de magnetismo.

James Braid (1795-1860) que en su obra "Neuroypnology" publicada en 1843, demostró que el fluido magnético no existe y que no emana ninguna fuerza misteriosa del magnetizador. El estado hipnótico y sus fenómenos radican en el sistema nervioso del sujeto mismo.

Las teorías que dan intervención a los espíritus han dado lugar al espiritismo que todavía practican muchas personas. Sus fundadores fueron, probablemente los hermanos Fox, mediums espiritistas que pretendían poder comunicarse con los grandes espíritus de todas las edades, obteniendo instrucciones para curar males ocultos crónicos.

La religión católica niega la posibilidad de que sean los espíritus de los muertos los que vienen a tomar posición del medium y considera que son los demonios los que lo hacen.

La práctica del mesmerismo ha dado lugar, a fines del siglo XIX, a otro sistema médico que todavía tiene muchos cultivadores especialmente en los Estados Unidos: la Ciencia Cristiana, fundada por la señora Mary Baker Eddy. La filosofía que inspira esta secta es la siguiente: "El mundo es un reflejo de la mente de Dios; la materia, no siendo mental no puede existir. No existen el cuerpo ni todo lo material. No existen las enfermedades, los placeres ni los pecados carnales, ni los problemas de inmoralidad porque no pertenecen al espíritu".

Un ejemplo de la navegación de lo físico y la explicación de la

## INFORMACIONES SOCIALES

naturaleza mental de los procesos patológicos es la que considera que "la obesidad es una creencia adiposa de sí mismo". Para los científicos cristianos las enfermedades sólo existen en la mente y por consiguiente se combaten haciendo que la mente niegue su existencia.

Elwood Worcester, pastor de la Iglesia Emanuelista de Boston, fundó en 1906 una escuela basada en las investigaciones de la neurología y de la psicología, que reconoce la profunda relación que existe entre la salud del cuerpo y la de la mente. No podía aceptar que los seres humanos fueran "espíritus desincorporados". El hombre es un organismo total, que funciona en planos físicos, mentales y espirituales.

Para los emanuelistas "el orden de la naturaleza es la expresión de la voluntad divina y por consecuencia Dios gobierna la salud. Los hechos no son debidos a la mecánica ni a la casualidad sino ordenados convenientemente y la Teología, no la Biología, es la que rige el universo". (35).

**HACIA EL MEJOR CONOCIMIENTO DEL CUERPO HUMANO.**—Las ideas erróneas sobre anatomía y fisiología que la autoridad de Galeno había impuesto durante siglos eran un obstáculo al progreso en el conocimiento de la naturaleza de la salud y la enfermedad.

Hemos visto ya la importancia que tuvo la Escuela de Salerno en la enseñanza de la medicina en la Edad Media. Según Hintzsche (36) en los antiguos escritos salernitanos no se hace mención de la necesidad de los conocimientos anatómicos por lo que supone que entonces no se apreciaba el valor de la anatomía para la práctica de la medicina.

Con el impulso que Constantino el Africano dió a la Escuela de Salerno, comienza también el interés por los estudios de anatomía, que se practican primero en animales, especialmente en el cerdo, porque se suponía que los órganos internos de este animal son los que más se asemejan a los del hombre.

Bajo la influencia de los profesores de Salerno, Federico II expidió en 1240, un decreto disponiendo que el ejercicio de la práctica quirúrgica debía permitirse únicamente a las personas que habían tomado parte como estudiantes en las lecciones de anatomía.

De las investigaciones de Werne Astelt, (citado por Hintzsche, 36) resulta que la información más antigua referente a disección de cadáveres humanos practicada en la Edad Media es la mencionada en la Crónica de Salimbeni de Parma, referente a una autopsia llevada a cabo en 1286 en Cremona. Su importancia para nosotros estriba especialmente en que la autopsia fué practicada con el objeto de descubrir el foco de una enfermedad y no simplemente con el de practicar estudios anatómicos.

Durante muchos años los estudios anatómicos en el hombre eran una excepción y se hacían clandestinamente, especialmente bajo la influencia de la Bula "De sepulturis" del Papa Bonifacio VIII en el año 1299, que prohibía el descuartizamiento de cadáveres.

La Universidad de Bolonia fué la que más impulsó los estudios anatómicos. Entre los profesores de anatomía de esa Universidad en la Edad Media se distinguió especialmente Mondino de Luzzi, "quien fué

## INFORMACIONES SOCIALES

el primero que hizo que la enseñanza sistemática de la anatomía en la Universidad fuera un elemento indispensable del estudio de la medicina" (37). A él se debe también que se volvieran a hacer disecciones de cadáveres humanos en lugar de animales.

Sin embargo es sorprendente constatar que no obstante las disecciones de cadáveres humanos que practicó Mondino, tanto su obra "Anathomia Mundini" que escribió en 1316 y que fué la obra didáctica de anatomía más difundida hasta muy entrado el siglo XVI, como en sus enseñanzas, se inspiraron en las obras clásicas de Galeno y Avicena de cuya infalibilidad estaba convencido.

La Anatomía se enseñaba entonces de la siguiente manera: "El Profesor sentado tras de su pupitre, leía uno de los trabajos clásicos y al mismo tiempo lo explicaba; un cirujano o en algunos casos un barbero disecaba al mismo tiempo el cuerpo y un demostrador indicaba los órganos puestos al descubierto, buscando así la confirmación de la teoría del maestro en los datos que se encontraban en el cadáver" (36). Este sistema de enseñanza subsistió todavía en la Universidad de París en 1533, cuando Andrés Vesalio, que desde niño había demostrado pasión por la anatomía, llegó a estudiar. Fue grande la decepción que se llevó Vesalio. La disección que presencié no era sino una farsa, "un rito execrable" como él lo calificó.

Fue tal la dedicación de Vesalio al estudio de la anatomía que al día siguiente de graduarse de Doctor en la Universidad de Padua, fué nombrado profesor de cirugía y anatomía. Al año siguiente, 1538 publicó su primer libro de anatomía con láminas hechas por un compatriota suyo, Juan Calcar, pintor discípulo de Ticiano. Esta primera obra estaba inspirada todavía en la anatomía de Galeno cuya autoridad no se había atrevido aún a desconocer. Fué años más tarde, después de diseccionar varios cadáveres, que llegó al convencimiento que las descripciones de Galeno no correspondían a la anatomía humana sino a la de otros animales (cerdos y monos). Se dedicó entonces a describir la anatomía humana tal como la observaba y con la colaboración permanente de Calcar, publicó en julio de 1543 su gran obra: "**De Fabrica Humani Corporis**" punto de partida de la anatomía científica y por ende uno de los pilares fundamentales de la medicina.

La utilidad de los estudios de anatomía para la cirugía se comprendió pronto, como lo demuestra el decreto de Juan II que hemos mencionado más arriba. Sin embargo fué ya a mediados del siglo XVI que Ambrosio Paré aplicó por primera vez los descubrimientos anatómicos de Vesalio a su práctica quirúrgica.

La aplicación de la anatomía a la medicina, es decir al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, había de esperar aún, como lo veremos oportunamente, otros dos siglos. Para ello era necesario el progreso de la fisiología y de la patología.

En la época de los estudios anatómicos de Vesalio, la doctrina galénica de los "Spiritus vitalis" dominaba la fisiología y la patología. Según ella, "el acto de respirar consiste en tomar del aire el pneuma o espíritu vital que pasa por la tráquea y llega al pulmón; de allí por la arteria venosa al ventrículo izquierdo donde se encuentra con la sangre. El quilo, procedente del tubo digestivo, llega al hígado por la vena

## INFORMACIONES SOCIALES

porta, donde se transforma en sangre venosa y se infiltra de un segundo pneuma o espíritu, el espíritu natural. Cargada así de materias nutritivas, procedentes del intestino y del espíritu animal procedente del hígado, se distribuye por todo el sistema venoso que arranca del hígado, se distribuye por todo el sistema venoso que llega al ventrículo derecho, permanece allí para liberarse de sus impurezas que son acarreadas por la vena arterial al pulmón de donde se exhala al exterior. Libre de sus impurezas la sangre venosa almacenada en el ventrículo derecho vuelve a fluir en el sistema venoso general. Una pequeña parte de la sangre venosa depositada en el ventrículo derecho se filtra por el tabique interventricular y pasa al ventrículo izquierdo donde se encuentra con el pneuma que viene por la tráquea pasando por la arteria venosa. Esta sangre al ponerse en contacto con el aire en el ventrículo izquierdo se convierte en un tipo superior de pneuma, el espíritu vital. Cargada de este espíritu la sangre venosa oscura se convierte en sangre arterial reluciente y perfecta la que se reparte por las arterias a todo el cuerpo. En el cerebro la sangre arterial se carga de un tercer pneuma, el espíritu animal que se reparte por los nervios" (38).

Miguel Servet en 1553, en una obra de carácter teológico: **Restitutio Christianisimi** dió a conocer su descubrimiento de que la sangre no pasaba del ventrículo derecho al izquierdo a través del tabique sino por los pulmones. El sentido polémico-religioso de su obra lo condujo a la hoguera por orden de Calvino y su descubrimiento no fué tomado en cuenta.

Seis años más tarde, Realdo Colombo (1516-1559) "expuso de nuevo la misma doctrina en el séptimo libro de su obra póstuma **"De re anatómica libri XV"** (39).

Aun cuando la superación de la anatomía de Galeno se debe fundamentalmente a Vesalio, han sido la pléyade de médicos que se dedicaron al estudio y la investigación anatómicas, los que en el siglo XVI (el siglo de los anatómicos) además de aportar la mayor parte de los conocimientos de anatomía humana, han impuesto el concepto de que el estudio de la anatomía es una necesidad natural de la medicina. Ya Francisco Fernel, a principios de ese siglo, había dicho: "Para la práctica médica los conocimientos anatómicos son tan necesarios como el conocimiento de la localidad geográfica para una descripción histórica fidedigna" (39).

La aplicación de los métodos científicos al estudio de la anatomía condujeron a William Harvey (1578-1654) al trascendental descubrimiento de la circulación de la sangre. Este descubrimiento, llevado a cabo en 1618 y la publicación de la obra de Harvey: **"Exorcitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus"**, son los hechos que más han influido en el progreso científico de la fisiología.

En el proemio de su obra, Harvey nos da a conocer los conceptos que entonces se tenían sobre las funciones del corazón: "Hasta ahora casi todos los anatómicos, médicos y filósofos han supuesto, con Galeno que el pulso y la respiración tienen el mismo uso y no difieren más que en que aquél procede de las facultades animales y éste de las vitales, pero que en todo lo demás, o sea en lo que toca a la utilidad y a los movimientos, se conducen de modo igual".

## INFORMACIONES SOCIALES

“De aquí que afirman (como Gerónimo Fabricio de Aquapendente, en su libro sobre la respiración, recientemente editado) que por no ser suficiente el pulso del corazón y de las arterias para ventilar y refrigerar el corazón, la Naturaleza dispuso los pulmones en su derredor. De allí resulta que cuanto han dicho nuestros mayores acerca del sístole, del diástole, del movimiento del corazón y de las arterias, lo decían con relación al pulmón”.

“Si, como se dice vulgarmente, tanto el pulso como la respiración sirven para el mismo uso de aspirar aire a través de los poros de la carne y del cutis hacia sus cavidades durante el diástole y de emitir a través de ellos fuliginosidades durante el sístole, no sólo entra el sístole y el diástole, sino en todo tiempo, no podría (el corazón) contener sino aire o espíritus o fuliginosidades”.

“Y si durante el sístole las arterias expulsan a través de los poros de la carne y del cutis las fuliginosidades que encierran en las cavidades ¿porqué no también los espíritus que se dice que además contienen, ya que éstos son más tenues que las fuliginosidades, y si las arterias primero reciben aire y luego lo expulsan en diástole al igual que los pulmones en la respiración?”.

“Por todas las anteriores razones y por otras muchas consideraciones de la misma índole, resulta que todo lo que hasta hoy se ha dicho del movimiento y de los usos del corazón y de las arterias debe ser tenido por inseguro, obscuro e imposible de toda consideración formal”.

“Por lo mismo sería muy útil investigar las cosas un poco más a fondo y examinar cuidadosamente el movimiento de las arterias y del corazón recurriendo pacientemente a la vivisección y a la observación con los propios ojos para investigar y llegar al conocimiento de la verdad” (40).

Harvey cumplió su propósito y después de numerosas observaciones en animales vivos de las diferentes especies de la escala zoológica, experimentos en animales y seres humanos y hecho el cálculo de la cantidad de sangre que pasa de las arterias a las venas atravesando el corazón, llegó a la conclusión de que este órgano actúa como una bomba que impele la sangre haciéndola circular por todo el cuerpo.

El enigma que no llegó a descubrir fué el del camino que sigue la sangre para pasar de las arterias a las venas. Tampoco se conocía entonces el papel que la sangre desempeñaba en el organismo. A este respecto él suponía que: “el movimiento de la sangre nutre, da calor y vigoriza a todas las partes al llevarles sangre más caliente, más perfecta, más vaporosa y espirituosa, y aún diría yo, más alimen icia. En las partes sucede lo contrario: la sangre se espesa, se enfría y por decirlo así, tiene que volver a su principio o sea al corazón para recuperarse. Allí por el calor natural, potente, cuanto impetuoso tesoro de vida vuelve a licuarse y a preñarse de espíritus (que es como si dijéramos de un bálsamo para volver a distribuirla)” (40).

“La doctrina de los espíritus vitales dominó en la Medicina durante el siglo XVII. Los espíritus vitales, según Enrique Skreta (1636-1689) se esparcen por las últimas ramificaciones de los nervios, coadyuvan al movimiento circulatorio de la sangre y expulsan del cuerpo las

## INFORMACIONES SOCIALES

materias de deshecho excretadas. Ahora bien, los espíritus vitales pueden ser debilitados y desarreglados por enfermedades, virus de epidemias o calor de putrefacción, en cuyo caso ya no son capaces de cumplir sus funciones esenciales para la conservación de la vida" (41).

Descartes (1596-1650) llegó a señalar que los espíritus eran regulados por el "alma racional" de origen divino, que se encuentra únicamente en el hombre y que está localizada en la glándula pineal.

**LAS DOCTRINAS YATRICAS.**—Mayores progresos en el conocimiento de la anatomía y la fisiología y un concepto más claro de salud y enfermedad no habrían sido posibles sin la aplicación de los conocimientos y técnicas de la física y de la química.

La utilización de los conocimientos químicos en medicina, iniciada ya por Paracelso, dió lugar al florecimiento en el siglo XVI, de las escuelas yatroquímicas. Estas doctrinas condujeron a Van Helmont (1577-1644) a refutar la teoría de que "el calor que se irradia al estómago por el hígado, el bazo y el epiplen, digieren los alimentos y a demostrar que la digestión es un proceso de fermentación. Señalaba seis procesos de digestión o fermentación: el primero se realiza en el estómago con la cooperación del bazo mediante un fermento y un ácido; el segundo en el duodeno donde un álcali neutraliza la acidez de la papilla que llega del estómago y actúa un fermento de la bilis; la tercera fermentación da lugar a la transformación del quilo en sangre mediante dos fermentos del hígado; la cuarta se caracteriza por la transformación de la sangre obscura en bilis; la quinta forma en el cerebro a partir de la sangre, el espíritu vital o *Archaeus* y por último mediante la sexta se produce toda la carne viva. Según todo esto el calor del cuerpo no es la causa sino el producto de los procesos de fermentación y con ellos de la vida. El espíritu vital es considerado por Helmont como el promotor y ordenador de todos los procesos vitales" (41).

Franz la Bœe Silvio (1614-1672) consideraba también que los procesos vitales eran esencialmente procesos de fermentación en los que los espíritus vitales juegan papel fundamental.

"Los espíritus animales se forman en el cerebro por destilación de la parte de la sangre que no sirve para la nutrición. Estos espíritus de los nervios eran concebidos como un líquido extremadamente sutil y etérico, análogo al espíritu del vino, siendo aportado a los órganos y a todas las regiones del cuerpo como principio animador que permite las impresiones sensoriales, a partir del cerebro y a través de los nervios que se creían huecos. Una vez llegados a su punto de destino son consumidos poco a poco y transformados en linfa por influencia del ácido de los ganglios linfáticos" (41).

A esta concepción fisiológica de las fermentaciones ácidas y alcalinas corresponde la teoría de la enfermedad sustentada por Silvio: "La distribución anormal de los ácidos o álcalis en los jugos digestivos o en la sangre impide la fermentación natural y da lugar a enfermedades. Habrían dos grandes grupos de enfermedades, las que resultan de un exceso de sustancias ácidas (*acrimonia ácida*) y las que por el contrario dependen del exceso de sustancias alcalinas (*acrimonia alcalina*). La

## INFORMACIONES SOCIALES

fiebre se originaria, por ejemplo, por una acrimonia alcalina de la bilis. La acidez de la bilis daría lugar a estagnaciones y atascos mecánicos”.

“Las fiebres éticas son debidas a una anormalidad de la saliva. La acrimonia ácida del jugo pancreático puede producir fiebre intermitente”.

“Si la efervescencia de dicho jugo con la bilis se verifica anormalmente (lo que ocurre con gran frecuencia) se presentan vapores acres (habitus) que provocan epilepsia, desmayos y palpitaciones” (41).

La aplicación de los conocimientos incipientes de la química a la medicina, guiándose más por la fantasía que por métodos científicos, condujo a algunos yatroquímicos ignorantes y charlatanescos a hacer afirmaciones realmente infantiles tales como la de Delamus (1638-1707) que decía haber encontrado “un rey del estómago (Gasteranax) y un rey del corazón (Cardimelech). La fiebre coincide con la cólera de estos dos reyes excitada por la falsa composición de la sangre” (41).

Las doctrinas yatroquímicas tuvieron muchos impugnadores entre los que debemos citar el fundador de la química científica, Robert Boyle (1626-1691)

Por otra parte el descubrimiento de la circulación de la sangre por Harvey despertó el interés por los fenómenos mecánicos y físicos y su aplicación a la medicina dió nacimiento a las escuelas yatrofísicas que interpretaban todos los fenómenos vitales como simples procesos mecánico-físicos: “Giorgio Baglivi (1668-1707) llegó a comparar los pulmones con un fuelle, el corazón y los vasos con un juego de aguas con sus cañerías, los dientes con tijeras y el estómago con una botella” (42).

La concepción teórica que dió asidero a las escuelas yatrofísicas fue la teoría corpúscular de Descartes, según ella, toda la materia del universo está constituida en último término por corpúsculos cuyos movimientos dan lugar a todos los fenómenos.

Las funciones del cuerpo humano, y en general las de todos los seres vivos, animales y vegetales, son también producidas por el movimiento de los corpúsculos que los forman. Estos movimientos parten de un alma racional que en el hombre comunica con el cuerpo por medio de la glándula pineal. En ésta concluyen también las terminaciones nerviosas que transmiten al alma las impresiones sensoriales que no son sino simples vibraciones de los nervios que en el cerebro producen movimientos giratorios.

**HACIA EL ESTUDIO CIENTIFICO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD.**—Esa concepción del organismo humano como una máquina que funciona según leyes mecánico-físicas, inspiró el empleo de los métodos de la física y de las matemáticas que el genio de Galileo (1564-1642) había introducido en la observación y experimentación de los fenómenos físicos y biológicos y que lo llevaron a descubrir varios de los principios fundamentales de la física.

Santorio (1561-1630) fué el primero que aplicó estos métodos al estudio de la fisiología y la patología. Inventó un termómetro para medir la fiebre; contó las pulsaciones de las arterias utilizando un péndulo para regular el tiempo; empleó la balanza para sus estudios de me-

## INFORMACIONES SOCIALES

tabolismo, lo que le permitió descubrir **perspiratio insensibili** a la que concedió gran importancia. Decía que “permite medir exactamente la evaporación que pasa desapercibida y cuyo trastorno e impedimento son considerados por Hipócrates y Galeno como la causa de todas las enfermedades, pues por si sola es más grande que todas las eliminaciones juntas de nuestro cuerpo perceptibles por los sentidos” (43).

Santorio se esforzó por aplicar métodos cuantitativos al estudio de las enfermedades: “Hemos meditado largamente, dice, de que manera pudiera apreciarse lo cuantitativo de las enfermedades por cualquiera de sus aspectos. Para ello hemos ideado cuatro instrumentos. El primero es nuestro pulsilogio... El otro es un recipiente de vidrio con el cual medimos hora por hora la temperatura fría y la caliente con el objeto de poder comprobar con seguridad en todo momento hasta que punto difiere la temperatura del estado natural anteriormente medido.... De aquí podemos deducir si el estado del enfermo ha mejorado o empeorado, en tanto que estas diferencias, cuando son nimias, no pueden ser apreciadas en modo alguno por los médicos sin ayuda de los instrumentos, por lo cual han de cometer errores en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento” (43).

Entre los instrumentos físicos que se inventaron y aplicaron al estudio de la anatomía y patología, es el **microscopio** uno de los que más han contribuido a abrir un nuevo mundo al conocimiento del cuerpo humano en estado de salud y de enfermedad.

Se puede considerar que fue Pierre Berel ((1620-1689) el primero que dió importancia al microscopio para estudios de anatomía: “**Microscopia in anatome multa observantur**” decía él. En 1665 publicó su obra acerca de cien observaciones microscópicas que había hecho en el cuerpo humano: “**Observationum microscopia centuria**”. Pero fué, sin duda, Marcelo Malpighi (1628-1694) el que principalmente impulsó los estudios microscópicos en anatomía. En 1661 dió a conocer sus estudios del pulmón que le permitieron descubrir las redes capilares que unían las arterias con las venas, descubrimiento que comprobó en el mesenterio de la rana y pudo observar, en el animal vivo, el paso de la sangre de las arterias a las venas que Harvey empleando el método científico había señalado, sin poder explicar como se hacía.

Malpighi hizo además otros estudios importantes de anatomía microscópica, como el descubrimiento del glomérulo del riñón, estudios sobre la estructura de la piel, de las glándulas, etc.

Fueron numerosos los investigadores que en el siglo XVIII se dedicaron a estudios microscópicos y aportaron importantes descubrimientos pero la imperfección de los instrumentos ópticos y de las técnicas dió lugar también a interpretaciones erróneas. Esto suscitó fuerte oposición que culminó con el abandono, a principios del siglo XVIII de los estudios de anatomía microscópica. Probablemente influyó en este hecho el que se empleaban ya con éxito otros métodos de estudio como el de las inyecciones vasculares con sustancias coloreadas solidificables y el de los cortes que permitían estudiar los órganos in situ y apreciar sus relaciones mutuas. Este último método fué empleado por primera vez por Emslow considerado por esto fundador de la Anatomía Topográfica.

## INFORMACIONES SOCIALES

La aplicación de los conocimientos de la Anatomía y la Fisiología a la Medicina y particularmente a la comprensión de la naturaleza de la enfermedad, no podía ser efectiva mientras no se relacionaran las enfermedades con las alteraciones anatómo-fisiológicas del organismo.

Las alteraciones anatómicas que se encontraban en el curso de las disecciones en el siglo XVI eran interpretadas y dadas a conocer como rarezas anatómicas y no se relacionaban con la enfermedad causante de la muerte.

Entre los precursores de la patología se señalan: a Antonio Beniveni (1443-1502) cuyos trabajos de patología se recapitularon y publicaron en 1507, después de su muerte, con el título: "**De additis non nullis ac mirandis morborum et sanationum causis**"; a Fernel que en 1554 publicó su "Universa Médica" un tratado en tres partes que se referían a la fisiología, patología y terapéutica en el que por primera vez se hace la clasificación de las enfermedades en generales y especiales; a Teofilo Bonet (1620-1689) que en 1679 publicó su obra "Sepulcretum", la primera dedicada especialmente a la anatomía patológica. Debe mencionarse también a Baglivi (1668-1707) que al practicar la autopsia de Malpighi en 1669 constató la hemorragia cerebral y la señaló como la causa de muerte y del cuadro clínico de la apoplejía.

El fundador de la Anatomía Patológica es, sin disputa, Juan Bautista Morgagni (1682-1771). La aparición de su obra fundamental **De sedibus et causis morborum per anatonem indagatis** es considerada unánimemente como el nacimiento de la Anatomía Patológica, no sólo porque constituye el primer tratado casi completo de Patología sino principalmente por el método anatómo-clínico que fundó: correlación de los hallazgos anatómo-patológicos con el cuadro clínico.

En los 40 años que siguieron a la publicación de la obra de Morgagni, se desarrolló el interés por el estudio de las alteraciones estructurales del organismo que se encontraban en las autopsias de tipos definidos de enfermedades; pero fué durante las tres primeras décadas del siglo XIX que los clínicos franceses de la escuela de París dieron importancia esencial al estudio de la anatomía patológica para el conocimiento de la naturaleza de las enfermedades. "Portal fué el primero de los grandes clínicos franceses que hizo uso extensivo de la autopsia como medio de comprobar el diagnóstico clínico" (44). Un testimonio de esta afirmación es la publicación en París el año 1805 de su obra: **Cours d'Anatomie Medicale ou Elements de l'Anatomie de l'Homme, avec des remarques physiologiques et pathologiques, et les resultats de l'observation sur le siege et la natures des maladies d'après l'ouverture des corps.**

Este método anatómo-clínico recibió el impulso y al mismo tiempo influyó en el progreso de los métodos de exploración física (inspección, percusión y auscultación) cuyos principales fundadores e impulsores fueron los clínicos franceses Laeneck, Corvisart, Broussais, Andral, etc.

La anatomía patológica que enseñó Morgagni era esencialmente organocista, es decir que estaba fundada en la observación de las alteraciones de los órganos. Bichat (1771-1802) puede decirse, fué el fundador de la histología, aún cuando este término fué empleado por primera vez por Owen en 1884, al advertir que el cuerpo humano está constituí-

## INFORMACIONES SOCIALES

do por determinadas clases de tejidos de textura y aspecto específicos de los que señaló 21 diferentes (óseo, muscular, nervioso, etc.). Publicó dos obras importantes: la **"Anatomía General"** y sus **"Investigaciones sobre la vida y la muerte"**. Consideraba que cada tejido tenía propiedades vitales peculiares y diferentes de las de los otros y que la "vida especial" de cada órgano se explica por las propiedades vitales de los tejidos simples que entran en su composición. "Estas propiedades vitales, cambiantes y efímeras, serían opuestas a las propiedades físicas, constantes y permanentes. Ambas se encuentran en el organismo como en un campo de batalla, luchando sin tregua ni reposo hasta el momento en que, decidiéndose la victoria por los agentes físicos, el ser vivo muere".

Su doctrina de las propiedades vitales se sintetiza en las dos frases siguientes: **"La vida es el conjunto de propiedades vitales que resisten a las propiedades físicas"** o bien **"el conjunto de funciones que resisten a la muerte"**. Las enfermedades no son más que alteraciones de las propiedades vitales. Si los fenómenos físicos triunfan definitivamente sobreviene la muerte; la curación no es posible si las propiedades vitales no recuperan su primitiva supremacía. Del resultado de esta lucha dependen la salud y la enfermedad (16).

Los esfuerzos para perfeccionar el microscopio continuaron ininterrumpidamente. Gracias a los estudios de Christian Huyghens (1629-1695) a Isaac Newton (1643-1727) sobre el trayecto de los rayos luminosos a través de las lentes, se llegaron a conocer las leyes de la refracción de la luz y se encontró la manera de corregir las aberraciones de acromatismo y de esfericidad, que eran las que más perturbaban la visión microscópica. El microscopio moderno fué construído por primera vez en 1878, según modelo de E. Abbe, en los talleres de Zeiss, en Jena.

Por otra parte, el empleo de técnicas de fijación de tejidos, de microtomía y de tinción han permitido dar impulso al estudio microscópico de la anatomía que se reinició al principio del siglo XIX.

Durante los siglos XVII y XVIII se habían acumulado ya importantes descubrimientos sobre los organismos, que hoy sabemos son unicelulares, pero no se podía apreciar exactamente su naturaleza mientras no se tuviera el concepto general, de que los animales superiores son agregados celulares. Oken en 1805 en su obra **La Generación**, enunció esa doctrina.

Schleiden (1804-1885) expuso en su trabajo sobre fitogenia la idea de la célula como la unidad esencial de los organismos vivos. Schwan (1810-1882) publicó en 1839 su clásica obra: **Investigaciones microscópicas sobre la semejanza de estructura y crecimiento de los animales y las plantas** en la que llegó a las siguientes conclusiones:

- a) La planta, o el animal entero, está compuesta por células y por substancias segregadas por células;
- b) Las células tienen una vida que en cierto modo les es propia; y
- c) La vida individual de cada célula está sometida a la vida de todo el organismo.

Dujardin (1801-1882) al estudiar los infusorios comprobó que habían numerosas formas distintas y se percató que la vida estaba siem-

## INFORMACIONES SOCIALES

pre asociada con una substancia de consistencia gelatinosa que tiene caracteres ópticos, físicos y químicos definidos, a la que Purkinge, en 1893, llamó protoplasma. Siebol (1804-1884) dió clara expresión a la idea de que los infusorios eran organismos unicelulares.

Albrecht Kolliker (1817-1903) aplicó la teoría de Schwann al desarrollo embrionario de los animales; consideraba que el huevo era una sola célula y que el embrión resulta de la multiplicación celular.

Rudolf Virchow (1821-1902) introdujo la idea de que el cuerpo puede ser considerado "como un Estado en el que cada célula es un ciudadano" y dijo: "donde nace una célula debe haber habido otra célula de la misma manera que un animal no puede proceder sino de otro animal y una planta no puede proceder sino de otra planta, así, pues en la serie completa de los seres vivos rige una eterna ley de desarrollo continuo. No hay discontinuidad ni se puede rastrear en sentido retrógrado ningún tejido desarrollado sin llegar a una célula: **"Omnia cellulae e cellula"** (45). Nació así la Citología como disciplina especializada.

Volvamos ahora al descubrimiento de la circulación de la sangre cuya importancia para el estudio científico de la fisiología hemos señalado ya. Conocidos los aspectos mecánicos esenciales del fenómeno, inclusive el paso de la sangre de las arterias a las venas por los capilares, faltaba aún conocer el papel que juega la sangre en el organismo. Harvey creía, ya lo hemos visto, que la sangre al circular lleva calor, espíritus vitales y sustancias nutritivas a las diferentes partes del cuerpo.

John Mayow (1643-1679) publicó en Oxford en 1668 el resultado de sus experimentos sobre la respiración y la combustión: "Mediante ensayos acerca de la respiración he comprobado que el fin principal de este proceso consiste en tomar del aire por medio de los pulmones ciertas partículas elásticas y al mismo tiempo este aire experimenta una reducción de volumen. Además he procurado demostrar que esta disminución del aire expirado, es debida al hecho de haber desaparecido en él las partículas del "aire de fuego". . .

"Una vez examinada la marcha de las partículas del aire de fuego hasta en la sangre, nos resta preguntarnos qué papel desempeña allí. Opino que el aire de fuego constituye la fuente principal de la vida y del movimiento. Mediante la mezcla del aire de fuego con la materia combustible de la sangre se produce un movimiento necesario para la vida animal. El hecho es que la sangre que penetra a los pulmones es de color oscuro, mientras que al salir de ellos tiene un color rojo claro, cambio debido al aire que ha penetrado en el pulmón, pues es el que comunica a la sangre este color rojo claro, en virtud de provocar en el líquido sanguíneo una acción química. El calor de la sangre lo considero como consecuencia de dicha influencia del aire de fuego, pues en la sangre se hallan seguramente sustancias que se mezclan con el aire" (46).

Desgraciadamente estos descubrimientos de Mayow no fueron debidamente apreciados por sus contemporáneos y así el conocimiento de la significación precisa de la respiración se retrasó un siglo.

La teoría del flogisto de Stahl (1660-1734) según la que el principio de combustibilidad está compuesto de flogisto y de ácido vitriólico, dominó todo ese período y destruyó la base en que podía asentarse la explicación real del fenómeno químico de la respiración.

## INFORMACIONES SOCIALES

Para Stahl “Los fenómenos característicos del cuerpo vivo, están regidos no por leyes físicas sino por leyes del alma sensitiva. Los instrumentos inmediatos de esa alma sensitiva son los procesos químicos” (38).

En 1774 y 1775 Priestley y Scheele, independientemente, descubrieron el oxígeno al que el primero llamó “aire deflogisticado” y el segundo “aire de fuego” y señalaron la importancia que tiene en la combustión y la respiración. Fué Lavoisier (1743-1794) quien, basado en parte en esos descubrimientos y especialmente en sus propias experiencias, demostró categóricamente la existencia en el aire del “príncipe oxígeno” cuyo papel en la combustión y respiración señaló y echó por tierra la teoría del flogisto que hasta entonces dominaba y constituía un obstáculo para el progreso de la química.

En varias comunicaciones que presentó a la “Academie Royale des Sciences” de París, de la que era miembro desde 1772 hasta 1789, Lavoisier llegó a las siguientes conclusiones:

“1º — Que la respiración sólo tiene acción sobre la porción de aire puro, el aire eminentemente respirable, contenido en el aire de la atmósfera; el resto, es decir la parte mefítica, es un medio puramente pasivo que entra en el pulmón y sale de él más o menos como ha entrado, es decir sin cambio y sin alteración”.

“2º — Que la calcinación de los metales en una cantidad dada de aire de la atmósfera, no tiene lugar sino hasta que la porción del verdadero aire, el aire eminentemente respirable que él contiene, haya sido agotada y combinada con el metal”.

“3º — Que asimismo, si se encierran animales en una cantidad dada de aire, ellos mueren cuando han absorbido o convertido en ácido carbónico (acide creyeux) la mayor parte de la porción respirable del aire y cuando éste último queda reducido al estado de “mofette”.

“4º — Que la especie de “mofette” que queda después de la calcinación de los metales, no difiere en nada de la que queda después de la respiración de los animales, a condición sin embargo que ésta última haya sido desprovista, sea por los álcalis caústicos o por la cal de su parte fijable, es decir del ácido carbonoso aeriforme que contenía” (47).

Posteriormente en experiencias hechas en colaboración con Laplace, midió el calor emitido por un animal en un determinado espacio de tiempo y comprobó que este calor corresponde aproximadamente a la misma cantidad de aire fijo obtenido del animal y a la de una correspondiente cantidad de carbón y de ahí dedujo: “la respiración es pues una combustión, a la verdad muy lenta, pero por lo demás perfectamente semejante a la del carbón; ella se realiza en el interior del pulmón, sin desprender luz sensible, por que la materia de fuego que se hace libre, es inmediatamente absorbida por la humedad de esos órganos: el calor desarrollado en esta combustión se comunica a la sangre que atraviesa el pulmón y de ella se expande en todo el sistema animal” (47).

Experiencias realizadas con Seguin, les permitieron comprobar las variaciones que sufrían los productos de la expiración del hombre en descanso, trabajando, en ayunas o durante la digestión, etc.

Mayer, en 1842, descubrió que el calor animal es producido por la

## INFORMACIONES SOCIALES

oxidación y que a su vez el calor se transforma en trabajo mecánico. Aplicó al organismo humano la ley de la conservación de la energía.

Leibig y sus colaboradores demostraron que el combustible que mantiene el calor animal está constituido por los alimentos.

Gracias al perfeccionamiento de los métodos de análisis y de extracción de los gases de la sangre mediante la bomba de mercurio, se pudo establecer que el oxígeno absorbido durante la respiración, es captado mediante una combinación química por la hemoglobina de la sangre en los pulmones y que es cedida por ésta a los tejidos, donde se produce la combustión. Fué Pfluger quien en 1872 demostró esta fase del proceso de la respiración y la vinculó con la nutrición.

### PAPEL DE LAS SOCIEDADES E INSTITUTOS CIENTIFICOS.

— Hasta el siglo XVI las grandes reformas de la ciencia y de la medicina eran debidas a la acción individual de espíritus geniales que trabajaban aisladamente. A fines de este siglo habían ya grupos numerosos de cultores de la ciencia en los países más adelantados de Europa. Se les distinguía del resto de la humanidad y se les llamaba “*curiose rerum naturae*”.

Ellos sintieron la necesidad de comunicarse sus descubrimientos. La comunicación escrita en una época en que los servicios de correos eran muy lentos y costosos, no satisfacía esa necesidad sino en forma muy incompleta.

Surgieron los primeros Mecenas de las ciencias: ricos y eminentes amateurs de espíritu generoso que trataron de reunir en sus casas a sus colegas menos afortunados, o de acumular sus cartas para luego discutir las y distribuir las.

En Inglaterra, William Gilbert (1544-1603) médico de la Reina Isabel desempeñó ese papel.

En Francia, Nicolás Fabri de Peirec (1580-1637) trató de relacionarse con todos los que tenían alguna vinculación con la ciencia, cualquiera que fuese su nacionalidad. Otro amateur fué el fraile franciscano Marion Mersenne (1588-1648), quien se dedicó a la investigación científica y se vinculó con Descartes y otros destacados cultores de la ciencia a quienes sirvió de intermediario. Tradujo al francés las obras de Galileo. Los hombres más cultos de Francia se reunían habitualmente en su celda, cerca de París. Su círculo fué el origen de las primeras sociedades científicas de Francia e Inglaterra.

En Italia, Federico Cesi (1585-1630) agrupó a varios jóvenes dedicados a la ciencia como él, y fundó en Florencia en 1609 la primera sociedad científica con el nombre de “Accademia dei Lincei” que adoptó por emblema un linco, por su supuesta vista penetrante. Las primeras investigaciones sistemáticas de los seres vivos con ayuda del microscopio se deben a esta academia. La palabra microscopio fué inventada por uno de sus miembros: Johanes Faber de Namberg (1574-1629). Al morir su fundador en 1630, la sociedad se disolvió (45).

En Francia, entre el grupo de jóvenes que concurrían a la celda del Padre Mersenne, se encontraba Melchisedec Thevenet (1620-1692) cuya casa sirvió de local a la primera sociedad científica francesa que el Ministro Colbert protegió y dió reconocimiento oficial en 1668 con la de-

## INFORMACIONES SOCIALES

nomiación de **Academie des Sciences** que subsiste hasta hoy y cuyo órgano de publicidad "Journal des Savants" fué el primer periódico científico publicado en Europa.

En Rostock se fundó en 1622 la "**Societas Ereneutica**" cuyo lema era: "**Per inductionem et experimentum omnia**".

En Florencia funcionó la "**Accademia del Cimento**" (Academia del experimento) desde 1657 hasta 1667.

El "**Coro anatómico**" de Bolonia se dedicó especialmente a investigaciones de anatomía.

En Alemania ha funcionado hasta nuestros días una sociedad fundada en 1652 con el nombre de "**Collegium Naturae Curieserum**" y que desde 1672 se denominó "**Kaiserlich Leopoldinische Deutsche Akademie der Naturforscher**".

La **Royal Society** de Londres, que todavía existe, se inició primero en 1645 por reuniones irregulares de jóvenes dedicados a la ciencia y se fundó como sociedad organizada en 1660 con el nombre de **Invisible College** reconocida en 1662 por el Rey, se le denominó **Royal Society**. En 1665 el Secretario de la Sociedad, Oldenburg inició por su propia cuenta la edición mensual de "Philosophical Transactions" que más tarde sirvió de órgano oficial a la **Royal Society**.

A fines del siglo XVIII se comenzaron a fundar sociedades de especialistas y a publicar revistas dedicadas a determinada rama de la ciencia. Entre las de carácter médico debemos citar **Archiv Für die Physiologie** que se inició en 1795 y que todavía sigue publicándose.

La especialización, consecuencia del progreso creciente de la ciencia se hizo cada vez más amplia y a su vez contribuyó a tal acumulo de conocimientos y diversificación de técnicas que era ya imposible que una sola persona o personas trabajando aisladamente pudieran abordar el estudio de los problemas cada vez más complejos y que requerían ser estudiados desde diferentes puntos de vista y con técnicas de diferentes disciplinas. Era indispensable el trabajo coordinado en equipo de los especialistas. Fué así como se fundaron, en los principales países, Institutos de Investigación. Entre los primeros debemos señalar el Instituto Franklin para la Investigación Tecnológica de las Ciencias Naturales fundado en Filadelfia en 1824.

Al crearse la bacteriología y reconocerse su papel fundamental en la salud pública resaltó la importancia de la investigación científica en ese campo y por ende la necesidad de establecer institutos especiales para ello. Se fundaron así el **Institute Pasteur** de París en 1888; el **Instituto de Enfermedades Infecciosas Roberto Koch** en Berlín en 1891; el **Instituto Seroterápico** de Milán en 1894, las Escuelas de Higiene y Medicina Tropical de Londres y Liverpool en 1898; el Instituto Butantan de Investigaciones Seroterápicas de Sao Paulo, el mismo año; el Instituto de Medicina Naval y Tropical de Hamburgo en 1900; el Rockefeller Institute for Medical Research, de New York, en 1901; el Instituto Carnegie de Embriología Experimental de Baltimore, Instituto McCormick de Enfermedades Infecciosas de Chicago en 1902; Instituto Henry Phipps de Investigación de la Tuberculosis en Filadelfia en 1903; Instituto Bacteriológico de Buenos Aires en 1904 y otros muchos más (48).

## INFORMACIONES SOCIALES

En el Perú la primera sociedad médica con fines científicos fué la **Sociedad de Medicina**, de Lima “fundada en ardorosa campaña preparatoria por Cecilio Vásquez, médico, profesor, espíritu dotado de gran dinamismo” (49). Se inauguró en setiembre de 1854 y se disolvió por razones de política partidarista en 1868.

En 1874 volvió a tener vida activa que terminó en 1879 a consecuencia de la guerra. “Su Biblioteca, enseres y mobiliario pasaron en 1884 a poder de la Academia Libre de Medicina, creada ese año por los miembros de la extinta Sociedad de Medicina y otros jóvenes médicos”.

“Fundada la Academia, entre otros objetivos con el de contribuir a los progresos de las ciencias médicas, ha señalado entre sus medios de estudio, además de los trabajos de sus comisiones, las memorias que le sean presentadas por facultativos de su seno o de fuera de él, abriendo así campo al espíritu de investigación científica y un estímulo a los que quieran contribuir a los fines que ella persigue” (49).

Por Ley de Congreso de octubre de 1888 se convirtió en Academia Nacional de Medicina. Su instalación, en ese carácter, se realizó en sesión solemne de 22 de setiembre de 1889.

La primera publicación médica de carácter científico, órgano de la Sociedad de Medicina, fué la **Gaceta Médica** cuya primer número salió en 1856.

En 1885, José Casimiro Ulloa como redactor jefe y Antonio Pérez Roca como Secretario de redacción, comenzaron a publicar, bajo la protección de la Academia Libre de Medicina, el **Monitor Médico**, “órgano de los intereses científicos y profesionales del cuerpo médico”.

Los siguientes son los principales institutos de investigación médica que se han establecido en el Perú:

I.—**El Instituto Nacional de Higiene y Salud Pública**, creado con ese nombre por Decreto Supremo del 23 de julio de 1936, pero cuyos orígenes puede decirse que se remontan al año 1889 en que el Dr. Aurelio Alarco, entonces Inspector de Higiene del Honorable Concejo Provincial de Lima, estableció un establo vacunal con el objeto de ensayar el cultivo del virus vacuno en terneras. Es recién en 1894 que los Dres. M. C. Barrios y Antonio Pérez Roca obtienen éxito en sus experiencias y queda establecido el Instituto Municipal de Vacuna de Lima, que funciona en el Parque de la Exposición (50). En 1896 pasa el Instituto a ser administrado por el Ministerio de Fomento y toma el nombre de Instituto Nacional de Vacuna.

En 1902 amplía sus funciones y su nombre, y se transforma en Instituto Nacional de Vacuna y Seroterapia, cuyo reglamento aprobado por D. S. de marzo de 1906 señala sus objetivos:

- a) Preparación y cultivo de la vacuna antivariólica;
- b) Reorganización del servicio de vacunación y revacunación en la República;
- c) Formación del registro central de vacunación;
- d) Realización de trabajos sobre vacuna animal con el objeto de mejorar los métodos existentes;
- e) Empezar trabajos científicos acerca de seroterapia de enfermedades propias del país; y

## INFORMACIONES SOCIALES

f) Adquisición y distribución de sueros curativos y preventivos y vacunas específicas que se consideren realmente eficaces" (51).

En 1921 se reorganiza y amplía sus funciones a la preparación de sueros terapéuticos y vacunas; al estudio de las enfermedades infecto-contagiosas del hombre, particularmente de las que dominan en el país; a la investigación de laboratorio para el diagnóstico de las enfermedades infecciosas y a la preparación técnica del personal de vacunadores oficiales (51).

II.—El **Instituto Nacional del Cáncer**, se creó por Resolución Suprema de febrero de 1924, con el objeto de "estudiar y combatir el cáncer". Posteriormente se le cambió la denominación por Instituto de Radioterapia y después por el de Instituto de Enfermedades Neoplásicas.

III.—El **Instituto Meteorológico Nacional** creado en 1928 "con el objeto de hacer estudios de las condiciones climatológicas desde el punto de vista sanitario".

IV.—En 1931 la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Marcos de Lima, a iniciativa y bajo la dirección del Profesor Carlos Monge, establece el "**Instituto de Biología y Patología Andina**". En 1940 se establece el Instituto Nacional de Biología Andina y se fusiona con el de la Facultad de Ciencias Médicas.

V.—El **Instituto Nacional de Nutrición** fué creado en 1944 con fines de investigar, divulgar, legislar y reglamentar en cuestiones de alimentación.

### LA MEDICINA EXPERIMENTAL Y LA FISIOPATOLOGIA.—

A principios del siglo XIX se hacía una separación neta entre las ciencias físicas que se ocupaban del estudio de los minerales o "cuerpos brutos" y las ciencias biológicas que estudiaban los seres vivos. Es cierto que ya Johan Müller (1801-1858) en su **Manual de Fisiología**, utilizó los conocimientos de la física y de la química, junto con los de la anatomía para estudiar los problemas de la fisiología, pero se consideraba que las ciencias biológicas, y en especial la medicina, eran ciencias de observación y que la experimentación era aplicable solamente al estudio de las ciencias físicas. Según Cuvier: "Todas las partes de un cuerpo vivo están ligadas; no pueden actuar más que en cuanto actúan en conjunto. Querer separar una de la masa es referirla al orden de sustancia muerta, es cambiar enteramente su esencia" (52).

Puede decirse que fué Claude Bernard (1813-1878) quien fundó la medicina experimental. Al hacerlo, en su famosa obra "**Introduction a l'étude de la médecine expérimentale**" publicado en 1865, decía: "El método experimental considerado en sí mismo, no es otra cosa que un razonamiento con ayuda del cual sometemos metódicamente nuestras ideas a la experiencia de los hechos".

"El razonamiento será siempre justo cuando se ejerza sobre nociones exactas y sobre hechos precisos".

"El hombre no puede observar los fenómenos que lo rodean sino en límites muy restringidos; la mayor parte escapan naturalmente a sus sentidos y la observación simple no le basta. Para extender sus conocimientos ha tenido que amplificar, con ayuda de aparatos especiales, la

## INFORMACIONES SOCIALES

potencia de sus órganos, al mismo tiempo que se ha armado de instrumentos diversos que le han servido para penetrar en el interior del cuerpo para estudiar sus partes ocultas”.

“Las manifestaciones de las propiedades de los cuerpos vivos están ligadas a la existencia de ciertos fenómenos físico-químicos que regulan su aparición”.

“Los cuerpos vivos no parecen susceptibles, a primera vista, de ser influenciados por las condiciones ambientales de temperatura y humedad; pero esto no es más que una ilusión que se debe a que el animal posee y mantiene en sí condiciones de calor y humedad necesarias a las manifestaciones de los fenómenos vitales”.

“Esta independencia sólo pertenece a los organismos complejos superiores, no a los inferiores”.

“Los fenómenos fisiológicos de los organismos superiores tienen lugar en medios orgánicos interiores perfeccionados y dotados de propiedades físico-químicas constantes”.

“Los fenómenos exteriores que percibimos en estos seres vivos son en el fondo muy complejos; son la resultante de una multitud de propiedades íntimas de los elementos orgánicos cuyas manifestaciones están ligadas a las condiciones del medio interno en el cual están sumergidos”.

“Hay determinismo absoluto en las condiciones de existencia de los fenómenos naturales tanto en los cuerpos vivos como en los cuerpos brutos. Hay que admitir como un axioma experimental que en los seres vivos tanto como en los cuerpos brutos las condiciones de existencia de todo fenómeno son determinadas de modo absoluto. Lo que quiere decir, en otros términos, que las condiciones de un fenómeno una vez conocidas y cumplidas, debe reproducirse el fenómeno siempre y necesariamente a voluntad del experimentador. La negación de esta proposición no sería otra cosa que la negación de la ciencia misma. Este principio es absoluto tanto en los fenómenos de los cuerpos brutos como en los de los seres vivos y la influencia de la vida, cualquiera que sea la idea que uno se haga, no podrá cambiar nada”.

“Lo que se llama fuerza vital es una causa primera análoga a todas las otras en el sentido de que nos es totalmente desconocida. Que se admita o no que esta fuerza difiere esencialmente de las que presiden a las manifestaciones de los fenómenos de los cuerpos brutos poco importa, es necesario sin embargo que haya determinismo en los fenómenos vitales que ella rige, pues sin ello sería una fuerza ciega y sin ley, lo que es imposible. De allí resulta que los fenómenos de la vida no tienen sus leyes especiales más que porque hay un determinismo riguroso en las diversas circunstancias que constituyen sus condiciones de existencia o que provocan sus manifestaciones, lo que es lo mismo. Pues bien, es sólo con ayuda de la experimentación que podemos llegar, en los fenómenos de los cuerpos vivos, como en los de los cuerpos brutos, al conocimiento de las condiciones que regulan esos fenómenos y nos permiten gobernarlos.

“Si los fenómenos vitales tienen una complejidad y una apariencia diferente de los de los cuerpos brutos, no ofrecen diferencia más

## INFORMACIONES SOCIALES

que en virtud de condiciones determinadas y determinables que les son propias. Por consiguiente si las ciencias vitales deben diferenciarse de las otras por su explicación y por sus leyes especiales, ellas no se distinguen por el método científico”...

“La ciencia antigua no ha podido concebir más que el medio exterior, pero es necesario, para fundar la ciencia biológica experimental, concebir además un medio interior. No es más que al pasar al medio interior que las influencias del medio exterior pueden alcanzarlas, de donde resulta que el conocimiento del medio exterior nos enseña las acciones que nacen en el medio interior y que le son propias”.

“El medio cósmico general es común a los cuerpos vivos y a los cuerpos brutos; pero el medio interno creado por el organismo es especial a cada ser vivo. Ahora bien, este es el verdadero medio fisiológico; es el que el fisiólogo y el médico deben estudiar y conocer porque es por su intermedio que ellos podrán actuar sobre los elementos histológicos que son los únicos agentes efectivos de los fenómenos de la vida. Sin embargo esos elementos aunque profundamente situados comunican con el exterior; ellos viven siempre en las condiciones del medio interior perfeccionado y regulado por el juego del organismo. El organismo no es más que una máquina viva construida de tal manera que hay por una parte una comunicación libre del medio externo con el medio interno orgánico y por otra parte hay funciones protectoras de los elementos orgánicos para poner los materiales de la vida en reserva y mantener sin interrupción la humedad, el calor y las otras condiciones indispensables a la actividad vital. La enfermedad y la muerte no son más que una dislocación o una perturbación de ese mecanismo que regula la llegada de los excitantes vitales al contacto de los elementos orgánicos. La atmósfera exterior viciada, los venenos líquidos o gaseosos no llevan la muerte más que a condición que sea llevada en el medio interior a contacto con los elementos orgánicos. En una palabra los fenómenos vitales no son más que la resultante de los contactos de los elementos orgánicos del cuerpo con el medio vital fisiológico”.

“En resumen, el estudio de la vida comprende dos cosas: primero, el estudio de las propiedades de los elementos orgánicos; segundo, el estudio del medio orgánico, es decir el estudio de las condiciones que debe llenar este medio para dejar manifestar las actividades vitales. La fisiología, la patología y la terapéutica reposan sobre este doble conocimiento; fuera de él no hay ciencia médica ni terapéutica verdaderamente científica y eficaz”.

“El fisiólogo y el médico no deben olvidar jamás que el ser vivo forma un organismo y un individuo. Las partes constitutivas del organismo son inseparables fisiológicamente las unas de las otras y todas concurren a un resultado vital común” (53).

Claude Bernard consideraba que “los problemas que se plantean el fisiólogo y el médico experimentador no son los de remontarse a la causa primera de la vida, sino llegar solamente al conocimiento de las condiciones físico-químicas determinantes de la actividad vital” (52).

La orientación fisiológica moderna de la medicina fue también fun-

## INFORMACIONES SOCIALES

dada por Claude Bernard quien dijo al respecto: "El punto de vista anatómico ha dominado la ciencia desde sus comienzos hasta nuestros días. Haller ha resumido esta idea de subordinación de la fisiología a la anatomía al definir la fisiología como **anatomía animata**. Toda explicación de los fenómenos de la vida basada únicamente en consideraciones anatómicas es necesariamente incompleta. El gran Haller que ha resumido este gran período anatómico de la fisiología en sus numerosos y admirables escritos ha sido conducido a fundar una fisiología reducida a la fibra irritable y a la fibra sensitiva. Toda la parte humoral o físico-química de la fisiología que no se disecca y que constituye lo que llamamos nuestro medio interno ha sido descuidada y puesta a la sombra".

"Yo considero que la fisiología, la más compleja de todas las ciencias, no puede ser explicada completamente por la anatomía".

Al referirse a la patología dice: "Se ha hecho la anatomía patológica comparada de la enfermedad y se han clasificado las alteraciones de los tejidos. Pero se ha querido además poner las alteraciones en relación con los fenómenos mórbidos y deducir, en cierto modo los segundos de los primeros. Cuando se trata de alteraciones físicas o mecánicas en una función, como por ejemplo una compresión vascular, se ha podido comprender la relación que liga el síntoma mórbido con su causa y establecer lo que se llama el diagnóstico racional". Laenec ha inmortalizado su nombre en esa vía por la precisión que ha dado al diagnóstico físico de las enfermedades del corazón y de los pulmones. Pero estos diagnósticos no eran ya posibles cuando se trataba de enfermedades cuyas alteraciones eran imperceptibles a nuestros medios de investigación y residían en los elementos orgánicos. Entonces, no pudiendo establecer relación anatómica se decía que la enfermedad era esencial, es decir sin lesión. Se ha comprendido pues que era necesario, para encontrar la explicación de las enfermedades, llevar la investigación a las partes más delicadas del organismo, donde reside la vida. Esta era nueva de la anatomía patológica microscópica fué inaugurada en Alemania por Johannes Müller y un profesor ilustre de Berlín, Virchow, que ha sistematizado en estos últimos tiempos la patología microscópica. Se han deducido de las alteraciones de los tejidos, características propias que sirven para definir las enfermedades, y se han utilizado también esas alteraciones para explicar los síntomas de las enfermedades. Se ha creado a este propósito la denominación **fisiológica patológica** para designar esta especie de función patológica en relación con la anatomía normal.

"La base científica de la medicina experimental es la fisiología. Las enfermedades no son en el fondo más que fenómenos fisiológicos en condiciones nuevas que se trata de determinar; las acciones tóxicas y medicamentosas se reducen, como lo veremos, a simples modificaciones de las propiedades de los elementos histológicos de nuestros tejidos. En una palabra, la fisiología debe constantemente ser aplicada para comprender y explicar el mecanismo de la enfermedad y la acción de los agentes medicamentosos o tóxicos".

"Hoy día la medicina científica no está todavía constituida; pero

## INFORMACIONES SOCIALES

gracias a la medicina experimental que la penetra más y más tiende a hacerse esencialmente científica" (53).

**LA MICROBIOLOGIA.**—Ya Fracastor, como hemos visto, presentaría que el contagio de las enfermedades se producía por la trasmisión de algo vivo, capaz de reproducirse: **seminaria morborum**.

Uno de los primeros microscopistas, Athanasius Kircher (1601-1680) que hacía sus observaciones con un microscopio simple de 32 aumentos, creyó haber visto en la sangre de enfermos de peste, gusanos, que consideró eran los causantes de la enfermedad.

Kircher tuvo muchos adherentes y discípulos que encontraban gusanos en muchas enfermedades. Los dolores y las molestias diversas eran atribuidas a las mordeduras y picaduras de los gusanos.

"La teoría de los gusanos como causantes de enfermedad siguió un curso de 50 años y terminó siendo el blanco de las sátiras" (54).

Leeuwenhoek (1632-1723) fué el primero que vió, realmente, microbios que se llamaron entonces **animalculos**.

No se dió importancia a este descubrimiento que fué visto como una simple curiosidad científica. Sin embargo revivió la creencia en la generación espontánea y dió lugar a una controversia, más de carácter religioso que científico. En la antigüedad y hasta en la Edad Media todo el mundo creía en la generación espontánea hasta que Redi, miembro de la Academia del Cimento, en 1675 llevó a cabo sus famosas experiencias que demostraron que los gusanos que se producían en la carne en descomposición, eran larvas de moscas.

Al descubrirse los infusorios, el problema de su origen hizo renacer la idea de la generación espontánea: se formaban en todos los líquidos en fermentación y en todas las sustancias en putrefacción. Se pensó inclusive que se encontrarían en las enfermedades febriles en las que vendrían a jugar el papel de "recolectores de desperdicios". Esta doctrina de la generación espontánea de los animalculos fué sostenida, entre otros, por Needham, sacerdote católico, que en 1745 publicó un trabajo titulado: "**An account of some new microscopical discoveries**" y por Buffon en 1749. Según ella, estos microorganismos se originan por una fuerza vegetativa especial de la materia.

Marcus Anthonius Plenciz estudió y dió a conocer en 1762 las características de las enfermedades infecciosas, su manera de propagarse, los períodos de incubación, etc. y llegó a la conclusión de que el principio contagioso era un principio vivo, diferente para cada enfermedad y no obstante que atribuyó a los animalculos la descomposición pútrida de la materia orgánica, no pensó que fueran ellos los responsables de las enfermedades contagiosas. La ubicuidad de los animalculos que se encontraban en todas partes, no hacía pensar que fueran malignos para el hombre.

John Ernest Wickmann demostró, en 1786, que la sarna era causada por un parásito. Este descubrimiento llamó mucho la atención.

Agostino Bassi pudo demostrar en 1837 que la enfermedad del gusano de seda llamada **muscardini** era producida por un hongo y transmitida de los gusanos enfermos a los sanos.

## INFORMACIONES SOCIALES

El mismo año, Cagniard de Latour publicó sus "**Observations sur la fermentation du mout de biere**" en las que daba a conocer que había observado al microscopio, que la levadura estaba constituida por numerosos glóbulos susceptibles de reproducirse y que por consiguiente, no era una simple materia orgánica o química como se suponía. Concluyó de sus observaciones que "es muy probable que por efecto de su vegetación, los glóbulos de levadura desprenden CO<sub>2</sub> del licor azucarado y lo convierten en licor espirituoso" (55).

Jacobo Henle publicó en 1840 su trabajo: "**De los miasmas y del contagio**" con el que hace un resumen de sus experiencias y con argumentos lógicos demuestra la existencia del contagio animado de la enfermedad y establece el criterio según el cual podría comprobarse la asociación causal del microorganismo y de la enfermedad:

1º — Demostrar la presencia del microorganismo sospechoso en todos los casos de la enfermedad y no en otros;

2º — Aislar el organismo de otros microorganismos y de toda otra materia extraña; y

3º — Demostrar la posibilidad de inducir la enfermedad por el organismo aislado.

**LA OBRA DE PASTEUR.** — Louis Pasteur (1822-1895) que desde 1847 estaba dedicado al estudio de la cristalografía y de la química molecular, observó en 1855 que el alcohol amílico hacía excepción a la ley de la correlación y de la hemiedría, y al fenómeno de la rotación molecular. Pensó que la fermentación, que era la que daba lugar a la formación del alcohol, tuviera algo que ver con este fenómeno. De allí nació su interés por el estudio de la fermentación y de los fermentos.

Como resultado de sus estudios presentó en 1857, a la Societè de Sciences, de l'Agriculture et des Arts, de Lille, su **Memoire sur la fermentation appelée lactique**. Demostraba, en ella, que la fermentación es correlativa a un acto vital, confirmando así las observaciones de Cagniard Latour y rebatiendo las teorías de Liebig, entonces dominantes, que consideraban la fermentación resultado de un fenómeno físicoquímico de movimiento molecular.

Desde entonces hasta 1877 realizó y presentó a consideración de la Academie des Sciences de París, numerosos estudios sobre fermentación no sólo de los líquidos azucarados sino también de los vinos, cerveza, vinagre, orina, etc. Estos estudios llevados a cabo con ayuda del microscopio y el empleo riguroso del método experimental, lo llevaron a la conclusión de que la fermentación, putrefacción y combustión lenta son los tres fenómenos naturales que concurren a la destrucción de la materia orgánica, condición necesaria a la perpetuación de la vida en la superficie del globo. "En mis trabajos de los últimos años, decía en 1863, he indicado con precisión la verdadera causa de la fermentación y he anunciado el principal resultado de investigaciones que yo sigo sobre la putrefacción propiamente dicha. Voy a tratar de establecer hoy día experimentalmente que la combustión lenta de que la materia orgánica muestra ser sede, cuando está expuesta al aire, tiene igualmen-

## INFORMACIONES SOCIALES

te en la mayor parte de los casos, estrecha ligazón con la presencia de seres inferiores. Llegamos así a esta consecuencia general que la vida preside el trabajo de la muerte en todas sus fases y que los tres términos de que hablé oportunamente, de este retorno perpetuo al aire de la atmósfera y al reino mineral de los principios de los vegetales y los animales han tomado, son actos consecutivos al desarrollo y multiplicación de seres organizados" (55).

Descubrió también que cada tipo de fermentación era producido por un microorganismo específico cuya morfología, modo de nutrición y reproducción describió. Desde entonces ya pensó que la etiología de las enfermedades contagiosas había que buscarla en el reino de los microorganismos. En carta dirigida al Coronel Fave decía: "Estaré poco a poco en aptitud de demostrar lo que he presentado a medida del desarrollo de mis investigaciones de estos últimos años, que Dios ha puesto en los seres más ínfimos de la creación propiedades extraordinarias que hacen de ellos los agentes de destrucción de todo lo que ha cesado de vivir. Yo comprendo ahora de la manera más clara y al mismo tiempo más general, el secreto de todos los fenómenos de la putrefacción y de la fermentación. La aplicación de mis ideas me parece inmensa. Así Dios quiera que no sea una ilusión, me encuentro preparado para abordar este gran misterio de las enfermedades pútridas, de las que no he separado mi pensamiento aunque yo mido las dificultades y los peligros" (55).

Sin embargo tuvo todavía que postergar el estudio de las enfermedades infecciosas, para dedicarse, a pedido de los industriales franceses, al estudio de las alteraciones que sufrían los vinos y la cerveza. Al hacerlo demostró que esas alteraciones, que llamó enfermedades, eran debidas al desarrollo de organismos microscópicos extraños a las levaduras que provocan la fermentación normal. Fué entonces que fundó el procedimiento que después se ha llamado "pasteurización", destinado a proteger las sustancias fermentescibles de la contaminación por gérmenes extraños que se encuentran en el aire.

Otro hecho que descubrió al estudiar la fermentación y la putrefacción fué la existencia de microorganismos anaerobios.

Sus estudios sobre la fermentación y putrefacción lo llevaron también a tomar parte en la controversia sobre la generación espontánea.

En 1865 inició sus estudios sobre las enfermedades de los gusanos de seda que le permitieron demostrar que hay enfermedades producidas por microorganismos que pueden transmitirse de los gusanos enfermos a los sanos por la ingestión de hojas infestadas y también heredarse de una generación a otra por la infección de los huevos. Conocida la causa de la enfermedad y el mecanismo de su propagación enseñó la manera de evitarla y salvó esta importante industria francesa.

Los trabajos de Pasteur llamaron la atención de varios médicos y cirujanos que comenzaron a trabajar inspirados en la idea de que las enfermedades infecciosas podían ser debidas al desarrollo de microorganismos: Pasteur, al dar cuenta de sus experiencias sobre la sangre y la orina tomadas al estado normal y expuestas al contacto del aire desprovisto de polvo que tiene en suspensión, decía:

## INFORMACIONES SOCIALES

“Médicos muy autorizados están ahora de acuerdo en pensar que la cuestión del contagio y la infección encontrarán en un estudio profundo de los fermentos, solución a las obscuridades que ellos presentan; que la higiene y la medicina deben perseguir, por todos los medios posibles la destrucción de los gérmenes de los fermentos y oponerse a su multiplicación y a sus estragos y cuando ya se han desarrollado. Grandes progresos se han realizado ya en esta dirección y es un insigne honor para mis investigaciones, que ellas sean consideradas por los autores mismos de estos progresos como la fuente en que han tomado su primera inspiración”.

“Uno de los miembros más distinguidos de la Academia de Medicina, M. Davaine que es el primero que se ha ocupado de investigaciones experimentales rigurosas sobre la influencia de los fermentos organizados en la producción y propagación de las enfermedades infecciosas, informa que la idea de sus investigaciones sobre “la sangre de rata” y la “enfermedad carbonosa” le ha sido sugerida por la lectura de mi trabajo sobre la fermentación butírica publicado en 1861. El Dr. Declat ha fundado toda una medicina de las enfermedades infecciosas sobre el empleo de uno de los mejores antisépticos conocidos, el ácido fénico, basado en la presunción que el autor dice haberle sido sugerida igualmente por mis estudios sobre la fermentación, a saber que las enfermedades que se transmiten son el producto cada una de un fermento especial y que la terapéutica médica y quirúrgica debe esforzarse por impedir la penetración de los fermentos venidos del exterior en los líquidos de la economía, o si ya han penetrado, encontrar antifermentos para destruirlos sin alterar la vitalidad de los elementos histológicos de los líquidos y de los tejidos” (55).

El Dr. Guerin publicó en 1874 un trabajo sobre “El papel patógeno de los fermentos en las enfermedades quirúrgicas” en el que pretonizaba la protección de las heridas con algodón para evitar la infección con el polvo atmosférico.

En Inglaterra, Lister desde 1855, inspirado en los trabajos de Pasteur, pensó que la supuración de las heridas, que hasta entonces se consideraba beneficiosa, era debida al desarrollo de microorganismos provenientes del polvo atmosférico y comenzó a experimentar con el tratamiento antiséptico de las heridas mediante el empleo del ácido fénico.

Es ya en 1877 que Pasteur inicia sus estudios experimentales directos sobre el origen microbiano de las enfermedades. Ese año publicó sus estudios sobre la enfermedad del carbón en los que demostró irrefutablemente que la bacteridia es la causante de la enfermedad.

Al año siguiente presentó a consideración de la Academia de Ciencias de París, con la colaboración de Joubert y de Chamberlain “La teoría de los gérmenes y su aplicación a la medicina y a la cirugía”. Escribió entonces: “Cuando a consecuencia de mis primeras investigaciones sobre la fermentación en 1857-58 se pudo admitir que los fermentos propiamente dichos son seres vivos; que gérmenes de esos organismos microscópicos abundan en la superficie de todos los objetos, en la atmósfera y en las aguas; que la hipótesis de una generación espontánea es ahora quimérica; que los vinos, la cerveza, la sangre, la orina y todos

## INFORMACIONES SOCIALES

los líquidos de la economía no sufren ninguna de las alteraciones comunes cuando es puro el aire con que se ponen en contacto, la medicina y la cirugía echaron la vista sobre estas novedades”.

Más abajo dice: “para afirmar experimentalmente que un organismo microscópico es realmente agente de la enfermedad y del contagio, no veo otro medio en el estado actual de la ciencia, que someter al **microbio** —nueva y feliz expresión propuesta por M. Sedillot— al método de cultivos sucesivos fuera de la economía. Es este precisamente el género de pruebas a que hemos sometido a la bacteridia carbonosa, M. Joubert y yo. Tal es la prueba, según nosotros indiscutible, de que el carbón es la enfermedad de la bacteridia” (55).

Sedillot propuso el término de microbio para designar los microorganismos en su comunicación a la Academia de Ciencias de París sobre: “De l'influence des decouvertes de M. Pasteur sur les progres de la chirurgie”.

Pasteur, en su trascendental **Teoría de los gérmenes y sus aplicaciones a la medicina y a la cirugía**, después de relatar las experiencias realizadas con el vibrión septicum que sólo puede desarrollarse en medio anaerobio, dice: “Que la Academia me permita no abandonar estos curiosos resultados sin hacer resaltar una de sus principales consecuencias teóricas... Es la prueba perentoria que existen enfermedades trasmisibles, contagiosas, infecciosas cuya causa reside esencial y únicamente en la presencia de organismos microscópicos. Es la prueba que para cierto número de enfermedades hay que abandonar para siempre las ideas de virulencia espontánea, las ideas de contagio y de elementos de infección que nacen de repente en el cuerpo del hombre y de los animales y capaces de dar origen a enfermedades que se va a propagar en seguida en forma sin embargo idéntica a sí misma. Todas son opiniones fatales al progreso médico y que han dado nacimiento a hipótesis gratuitas de generación espontánea, materia albuminoide fermento, hemorganismos, archebios y tantos otros conceptos sin fundamento en la observación” (55).

Pasteur no se limitó a exponer claramente y a demostrar experimentalmente la teoría microbiana de las enfermedades trasmisibles ni a descubrir y aislar el estafilococo causante del forúnculo y la osteomielitis, el estreptococo de la infección puerperal, la bacteridia carbuncosa, el vibrión séptico de las infecciones pútridas de las heridas, etc., sino que además distinguió los microbios patógenos de los saprofitos, descubrió y demostró experimentalmente las variaciones de la virulencia de los gérmenes y de la resistencia del organismo; diferenció la inmunidad natural de la adquirida. Sentó las bases de la inmunología y fundó la vacunación contra varias enfermedades microbianas y contra la rabia.

El triunfo de la doctrina microbiana despertó el interés de los médicos estudiosos que se pusieron a buscar afanosamente los gérmenes de tal o cual enfermedad con la esperanza de alcanzar la inmortalidad. “La caza de microbios se hizo intensa en todo el mundo; los gérmenes del cáncer fueron descubiertos y redescubiertos una y otra vez, lo mismo ocurrió con los de la influenza, el resfrío común y aún de la locura”.

“En el período 1880 a 1900 se descubrieron los gérmenes de la

## INFORMACIONES SOCIALES

tuberculosis, el cólera, la peste bubónica, la difteria, la pneumonía, el tétano, la gonorrea, la erisipela, la meningitis cerebro-espinal, el estreptococo, el estafilococo, etc” (54).

Se esperaba que tarde o temprano sería descubierto el microbio de cada enfermedad. El pensamiento médico se hizo exclusivamente microbiológico. Se creía que bastaba la presencia y reproducción del microbio para que la enfermedad se produjera.

Pasteur explicaba, al principio, que la enfermedad era producida por la presencia física y por la multiplicación indefinida de los microbios en el cuerpo. Lo único que se necesitaba era que el microbio encontrara sustancias nutritivas adecuadas. Cuando éstas se agotaban, el microbio dejaba de multiplicarse, moría y la enfermedad desaparecía.

Chaveau demostró que no era la falta de sustancias alimenticias, sino la presencia de una sustancia que el germen liberaba en el proceso de su desarrollo, la que alcanza determinada concentración, se oponía a que el microbio siguiera desarrollándose ya fuera en el organismo humano o de los animales o en los medios de cultivo envejecidos.

El descubrimiento de las toxinas microbianas por Roux y Yersin dió nueva luz sobre la patogenia de las enfermedades infecciosas.

Los clínicos experimentados se dieron cuenta que no bastaba la presencia del microbio para que la enfermedad se produjera; que habían otros factores que contribuían al desarrollo de la enfermedad. William Osler expuso el concepto de la semilla y el terreno: la primera representada por el microbio y el segundo por el cuerpo humano y, especialmente al hablar de la infección tuberculosa, utilizó la parábola del sembrador. No basta, para que la enfermedad se produzca, la presencia del germen patógeno, es necesario que el terreno sea propicio. Se reconocieron factores de edad, sexo y raza en las predisposiciones a las enfermedades infecciosas. Se distinguieron factores médico-sociales (vivienda, alimentación, miseria), intoxicaciones y autointoxicaciones de origen digestivo (fermentaciones intestinales), hepático, pulmonar, cutáneo, renal, etc.

**ENFERMEDADES POR ALTERACION DE LA NUTRICION CELULAR.** — Se llegó al fin a aceptar que no todas las enfermedades son debidas al desarrollo de microbios en el cuerpo humano sino que hay otras cuya naturaleza había que buscar en otro campo. Bouchard, a fines del siglo XIX expuso la teoría del **ralentissement de la nutrition** o braditrofia. Según ella los cambios que se producen entre los humores y las células del organismo y que constituyen la nutrición celular pueden realizarse con mayor o menor velocidad según diferentes circunstancias fisiológicas o patológicas.

“Se debe considerar que existen en los elementos anatómicos vivos, fuerzas de tensión que manteniendo en equilibrio perpetuamente inestable estados químicos y eléctricos contrarios y creando resistencias y atracciones, aseguran los movimientos de traslación de la materia y las asociaciones o disociaciones de las moléculas”.

“Estas fuerzas de tensión que distinguen la materia viva de la materia muerta, se están produciendo incesantemente en el interior del

## INFORMACIONES SOCIALES

organismo por actos físicos (inhibición, evaporación, difusión) y por actos químicos (oxidaciones y desdoblamientos). Además el organismo las toma de fuera y son las que los alimentos han acumulado por la energía calórica y lumínica del sol.

“Cada individuo según su edad, sexo, origen hereditario, goza de una tasa nutritiva particular y en la que los cambios nutritivos se realizan con una rapidez determinada dentro de variaciones fisiológicas pequeñas: tasa media innata”.

“Todo individuo que al nacer posee un modo nutritivo que difiere notablemente del que caracteriza a otros individuos de su edad, sexo y raza o una tasa inferior a la media, debe a esta propiedad estar predispuesto a ciertas enfermedades de la nutrición” (56).

Estas predisposiciones morbosas eran denominadas diatesis que Bouchard definió como: “una alteración permanente de las mutaciones químicas que prepara, provoca y sostiene enfermedades diferentes como forma sintomática, como actos anatómicos y como procesos patológicos”.

La diatesis sería un temperamento morbozo.

Hallopeau admitía tres diatesis: escrófula, artritismo y herpetismo. Bouchard no admitía sino el artritismo y la escrófula. El artritismo era considerado como una diatesis braditrófica, es decir por lentitud de la nutrición.

Se podía reconocer que hay lentitud en la nutrición cuando:

“**Primero** después de la ingestión de una cantidad de alimentos determinada, el organismo tarda más tiempo que en estado normal, en recuperar su peso primitivo.

**Segundo**, cuando la ración de sostenimiento puede ser más débil que la normal;

**Tercero**, cuando el peso del cuerpo aumenta con una ración normal;

**Cuarto**, cuando con la ración de sostenimiento la cantidad de las excretas es menor de la normal;

**Quinto**, cuando durante la abstinencia, la disminución de peso es menor que la normal;

**Sexto**, cuando durante la abstinencia, la cantidad de excretas es menor que la normal;

**Séptimo**, cuando en las excretas se ven productos incompletamente elaborados: ácido úrico, ácido oxálico, otros ácidos orgánicos y ácidos grasos volátiles;

**Octavo**, cuando se acumulan en el organismo uno o más principios inmediatos.

**Noveno**, cuando hay descenso de la temperatura mayor que lo normal durante el reposo y la abstinencia y principalmente durante el sueño” (56).

Estas características se encontrarían en cierto número de enfermedades que padecería sucesivamente un mismo sujeto o diferentes sujetos de una misma familia, en una o varias generaciones. Tales enfermedades serían la oxaluria, la discracia ácida, la litiasis biliar, la obesidad, la litiasis renal y la gota.

La diatesis escrofulosa se caracterizaría por la predisposición a contraer afecciones catarrales o inflamatorias crónicas. Esa disposición

## INFORMACIONES SOCIALES

se traduce en modificaciones de volumen y desarrollo de ciertos tejidos de circulación torpe o dificultosa en cuyo seno hay tendencia al estancamiento de linfa y más tarde se producirían modificaciones vitales de todas las células y químicas de todos los humores. Las causas de la diatesis escrofulosa serían: 1º) la herencia; 2º) disposición innata debido a que el niño ha sido engendrado por padre viejo, enfermo, sifilítico o la madre ha enfermado durante el embarazo, etc. y 3º) adquirida durante la infancia por lactancia defectuosa (nodriza vieja o en menstruación, mala calidad de la leche, etc.).

El conocimiento más preciso y exacto de la importancia de la nutrición como factor de salud y enfermedad ha comenzado con el estudio del escorbuto y del beriberi.

Ya en 1734, Bachtrom escribió: "Por falta de adecuada atención a la historia del escorbuto, sus causas han sido generalmente, aunque erróneamente, atribuidas al frío de los climas nórdicos, al aire del mar, al uso de carnes saladas, etc.; cuando este mal es debido únicamente a la total abstinencia de alimentos vegetales frescos y verdes, que es la única verdadera causa primaria de la enfermedad. Y dondequiera que personas, sea por negligencia o necesidad, dejan por tiempo considerable de consumir las frutas frescas de la tierra, y granos, no hay edad, ni clima ni lugar que esté exento de sus ataques".

"Otras causas secundarias pueden también concurrir, pero se ha encontrado que sólo los vegetales frescos son efectivos para preservar el cuerpo de esta enfermedad y para curarla más rápidamente aún en pocos días, cuando el caso no se ha hecho desesperado porque el paciente se halla edematoso y consuntivo" (54).

La naturaleza exacta de este fenómeno no se comprendía entonces. Por su parte Takai en 1884 demostró experimentalmente que el beriberi puede prevenirse por una alimentación adecuada cuya exacta naturaleza tampoco se conocía.

Eijkman, después de varios años de estudios de la polineuritis de los pollos, cuya semejanza con el beriberi humano reconoció y demostró, publicó en los "**Archivos**" de Virchow, en 1896 el resultado de sus experimentos que demostraban que la polineuritis de los pollos se producía cuando éstos eran alimentados con arroz pulido y desaparecía cuando a este alimento se le agregaba el pericarpio del arroz. Eijkman creyó que esa propiedad antineurítica del pericarpio del arroz, se debía a que contenía una sustancia capaz de neutralizar las toxinas o evitar la formación de ellas que tendría lugar en el proceso metabólico del almidón del arroz.

Gowland Hopkins en un discurso pronunciado en 1906 y titulado **The Analyst and the medical man**, decía: "Los principales puntos prácticos que hasta aquí han sido considerados en relación con la ración diaria de la humanidad son el valor energético total para el mantenimiento, la relación óptima de grasas y carbohidratos y el suministro óptimo de proteínas. Ahora estas cuestiones han recibido recientemente atención y últimamente se han realizado trabajos experimentales que han dado, como Uds. saben, resultados en cierto modo sorprendentes, ten-

## INFORMACIONES SOCIALES

dientes a primera vista a modificar nuestros puntos de vista referentes a las dietas máxima, mínima y óptima”.

“Las discusiones usuales referentes a las sustancias alimenticias atribuyen a ellas estas dos funciones solamente: reparación de los tejidos y suministro de energía. Pero el cuerpo tiene otras más sutiles necesidades, igualmente urgentes. Aquí, allá y en cualquier parte en los órganos deben aparecer sustancias especiales, activas, indispensables que los tejidos pueden hacer solamente de precursores especiales de la dieta”.

“Ello puede explicar muchas variaciones en los valores nutritivos que al presente nosotros sentimos y reconocemos solo vagamente”.

“Yo no puedo más que atisbar en estas materias, pero puedo afirmar que posteriores desarrollos de la ciencia de la nutrición hallarán los factores altamente complejos y actualmente desconocidos” (54).

Fundó así la teoría que más tarde se llamó, de las Vitaminas.

Osborne y Mendel en su monografía **Feedina experiments with isolated food substances** publicada en 1911, expusieron sus experimentos de alimentación en ratas y llegaron a la conclusión de que además de las proteínas, grasas, carbohidratos y minerales, deben haber en los alimentos “**factores accesorios**” que son esenciales para el crecimiento normal y para la reproducción.

Casimiro Funk en 1912 dió a conocer que había aislado de la corteza del arroz una sustancia cuya naturaleza química es la de una pirimidina (la tiamina), que tiene la propiedad que administrada a la dosis de 1 mgm era suficiente para curar a un pichón gravemente enfermo de beriberi. Llamó vitamina a esa sustancia.

Osborne, Mendel y Mac Collum lograron demostrar la existencia de otros factores accesorios: uno estimulante del desarrollo y crecimiento de animales jóvenes, que es liposoluble y que se encuentra en la leche, yema de huevo y aceite de hígado de bacalao, conocida hoy como vitamina A y otra hidrosoluble que se encuentra en los cereales, leche, huevos y vegetales, que se identificó como vitamina B.

En 1915 la existencia de las vitaminas y su valor para el crecimiento, salud y reproducción quedó definitivamente establecida. Se reconocieron varias enfermedades que resultaban de las deficiencias vitamínicas. Las enfermedades carenciales (beriberi, escorbuto, raquitismo, pelagra, xeroftalmía, etc.). Se reconocieron también condiciones sub-clínicas, estados no francamente patológicos, pero que afectan la salud y que resultan de deficiencias de vitaminas en la alimentación.

**EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD FUNCIONAL.**—Numerosas enfermedades crónicas y aun simples variaciones constitucionales y temperamentales extremos lindantes con el estado patológico, no podían explicarse por la influencia de factores nutritivos ni menos como resultado de infecciones u otros agentes exteriores. El descubrimiento de las secreciones internas y de la influencia de sus alteraciones funcionales sobre el estado del hígado y el estado patológico en sus múltiples manifestaciones constitucionales y temperamentales: estatura corporal y corpulencia, color de la piel y del cabello, adiposidad y distribución de la gra-

## INFORMACIONES SOCIALES

sa en el cuerpo, caracteres sexuales secundarios más o menos definidos, potencia sexual y fertilidad, metabolismo basal, naturaleza y calidad de las emociones, etc., han introducido el concepto de enfermedad funcional sin base orgánica o alteración anatómica demostrable.

Ya en 1775, Theophile Bordeau, en la 6ª parte de su libro: **Recherches sur les maladies chroniques** se ocupó del análisis medicinal de la sangre y adelantó la teoría de que cada órgano tiene cierto grado de vida independiente y extrae de la sangre y vierte en ella ciertas sustancias que serían esenciales para la salud del individuo.

Llegalois, en 1801, en su tesis de doctorado de la Universidad de París, especulaba sobre las diferencias de composición y de cualidades de la sangre venosa de los diferentes órganos y la conveniencia de estudiarla en estado de salud y de enfermedad.

Berthold en 1809 realizó el primer experimento que demostró claramente la existencia de secreciones internas: implantó el testículo en otra parte del cuerpo de un gallo castrado y observó que éste no perdía sus caracteres masculinos.

Fue Claude Bernard en 1853 quien, al estudiar la fisiología del hígado y exponer la función glicogénica de este órgano empleó por primera vez el término secreción interna y la diferenció claramente de las secreciones externas que se vierten al exterior mediante un canal excretor, mientras que las secreciones internas se vierten directamente en la sangre.

Brown Sequard demostró en 1858 que la extirpación de las glándulas suprarrenales era fatal y concluyó que: "la ausencia de la secreción de las glándulas suprarrenales es más rápidamente fatal que la supresión de la secreción urinaria" (54).

Estudios de Schiff, de Reverdin, de Magnus Levy sobre el tiroides, agregaron nuevos datos, pero sólo bajo la influencia de los trabajos de Brown Sequard en 1889, sobre la acción dinamogénica del extracto testicular, es que la teoría endocrinológica ha quedado definitivamente establecida. "Brown Sequard llegó a la conclusión de que todos los órganos segregaban en la sangre principios, productos solubles especiales que actúan por su intermedio en otras células del organismo para estimular sus actividades y hacerlas así solidarias las unas con las otras por un mecanismo independiente de la acción nerviosa. La acción éxito funcional de las secreciones internas y las correlaciones humorales establecidas por ellas fueron por la primera vez claramente definidas" (57).

Por otra parte el reconocimiento de la influencia de la mente sobre el cuerpo y la concepción sicosomática de la medicina vinieron a completar y reafirmar la idea de la unidad del organismo, tanto en estado de salud como en el de enfermedad.

Esta concepción unilateral se vió eclipsada bajo la influencia de los formidables progresos de las ciencias físico-químicas y biológicas que transformaron la medicina, de un arte que era hasta fines del siglo XIX, en una ciencia muy compleja cuyos conocimientos y técnicas requieren la división del trabajo entre múltiples especialistas. **"Con la especialidad vino la introducción de instrumentos de precisión y la mecanización de la medicina comenzó"**.

## INFORMACIONES SOCIALES

“La medicina se contentó con el estudio del organismo como un mecanismo fisiológico y la enfermedad se consideró solamente como un desorden de células y órganos” (58).

Veamos como se ha desarrollado el conocimiento de la mente y de su influencia sobre el cuerpo.

Al referirnos a los sistemas en medicina, hemos visto ya que las experiencias de Mesmer y sus teorías sobre el magnetismo animal dieron nacimiento a varias otras teorías que hacían resaltar la influencia de la mente hasta el extremo que los cultivadores de la “Ciencia Cristiana” no reconocen ya el substratum material de la enfermedad.

Pero al lado de esas teorías de carácter puramente filosófico, la observación científica del hipnotismo ha conducido a un mejor conocimiento de la mente y de su influencia sobre el cuerpo tanto al estado de salud como de enfermedad.

James Braid, en 1843, en su libro **Neuroypnologie**, sostenía que los fenómenos observados por Mesmer no debían ser atribuidos a la influencia de la voluntad del hipnotizador ni a la existencia de un fluido magnético sino a un desorden del sistema nervioso central y de los sistemas circulatorio, respiratorio y muscular del propio sujeto hipnotizado inducido por el reposo absoluto del cuerpo, la relajación muscular, disminución de la respiración, fijeza de la mirada y concentración de la atención.

Liebeult en 1886 en su libro: **Du sommeil et des etats analogues considere surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique**, consideraba que la sugestión regula la mayor parte de las manifestaciones hipnóticas y que el hipnotismo que se decía ser un fenómeno físico era en realidad un fenómeno psíquico.

Liebeult enseñó esta doctrina en Nancy y su discípulo Bergein se hizo uno de los principales intérpretes de ella.

Por otra parte, Charcot y su escuela de La Salpêtrière negaban la concepción puramente psicológica del hipnotismo y trataban de revivir la doctrina física o fluidista de Mesmer.

Sigmund Freud en 1885 fué a La Salpêtrière a estudiar neurología junto a Charcot. Estaba interesado principalmente en el estudio de los fenómenos puramente funcionales de la neurología cuyo mecanismo era entonces desconocido. Se dedicó intensivamente al estudio de las neurosis y se propuso desarrollar una técnica para su tratamiento.

“El arsenal terapéutico de que disponían para el tratamiento de estos pacientes eran la electricidad y el hipnotismo. Pronto se dió cuenta que la primera no tenía acción física sino que actuaba solamente por sugestión” (54).

El hipnotismo era también empleado para suprimir, por sugestión, los síntomas que molestaban al enfermo.

Joseph Breuer, al tratar una joven histérica, había observado que en los estados de ausencia y alteración síquica de que padecía acostumbraba murmurar algunas palabras que parecían fragmentos de algún pensamiento que ocupaba su mente. Sumiendo a la enferma en estado hipnótico le repitió esas palabras para incitarla a completar su pensamiento.

## INFORMACIONES SOCIALES

“Así sucedió en efecto. La enferma reprodujo el pensamiento que había dominado en los estados de ausencia y que había repetido fragmentariamente en las palabras pronunciadas. Después de esta revelación la enferma quedaba como liberada de algo que la oprimía y retornaba a la vida síquica normal” (59).

Freud se interesó por las observaciones de Breuer y se asoció con él para proseguirlas. En 1893 publicaron juntos sus **Estudios sobre la histeria**. Resumieron sus observaciones y teorías sobre las manifestaciones neuróticas en la siguiente forma: “Los enfermos histéricos sufren de reminiscencias. Sus síntomas son residuos y símbolos conmemorativos de determinados sucesos traumáticos. No sólo recuerdan dolorosos sucesos a largo tiempo acaecidos sino que siguen experimentando una intensa reacción emocional ante ellos; les es imposible libertarse del pasado y descuidan por él la realidad del presente”.

“Todas estas observaciones nos obligaban a suponer que la enfermedad se originaba por el hecho de encontrar impedida la normal exteriorización de los afectos desarrollados en las situaciones patógenas, y que la esencia de dicho origen consistía en que tales afectos aprisionados, eran objeto de una utilización normal, permaneciendo en parte como desordenada carga de la vida síquica y fuente de continua excitación de la misma y en parte sufriendo una transformación en anormales inervaciones y paralizaciones físicas que se presentaban como los síntomas corporales del caso. Este último proceso ha sido denominado por nosotros **conversión histérica**” (59).

El tratamiento de la neurosis por el método **catártico** de Breuer requería sumir a la paciente en estado hipnótico. Freud no conseguía hacerlo sino en muy pocos casos. Tuvo pues que recurrir a otro método que permitiera al paciente, en estado de vigilia, reavivar los recuerdos de las escenas olvidadas que habían precedido inmediatamente a la aparición de los síntomas patológicos.

Así nació el sicoanálisis que demostró que los sucesos olvidados no se pierden totalmente, sino que se hallan dispuestos a surgir en la conciencia por asociación con otros sucesos, pero que una fuerza indeterminada (resistencia) se lo impedía. La fuerza que durante el sicoanálisis se oponía en calidad de resistencia a que los sucesos olvidados surgieran nuevamente a la conciencia, tenía que ser la misma que anteriormente había producido tal olvido y expulsado de la conciencia a los sucesos patogénicos correspondientes (represión).

“En todos estos casos se trataba de una optación contraria a los demás deseos del individuo y que por lo tanto resultaban intolerables para las aspiraciones éticas y estéticas de su personalidad. Originaban así un conflicto, una lucha interior cuyo final era que la representación que aparece en la conciencia llevando el deseo inconciliable sucumbía a la represión siendo expulsado de la conciencia y olvidado junto con los recuerdos a ella correspondientes” (59).

Se originó así el concepto de inconsciente síquico, aspecto hasta entonces totalmente desconocido por la siquiatria clínica, que reconocía sólo la vida síquica consciente.

“En estos síntomas de la neurosis obsesiva, representaciones e im-

## INFORMACIONES SOCIALES

pulsos que surgen de no se sabe dónde, mostrándose refractarios a todas las influencias de la vida normal y siendo considerados por el enfermo mismo como energías omnipotentes llegadas de un modo extraño o como espíritus inmortales que vienen a mezclarse al tumulto de la vida humana, hemos de reconocer, desde luego, un clarísimo indicio de la existencia de un particular sector de la vida anímica aislado de todo el resto de la misma. Tales síntomas y representaciones nos conducen infaliblemente a la convicción de la existencia de lo inconsciente síquico, y esta es la razón de que la siquiatria clínica, que no conoce sino una siquiatria de lo consciente, no sepa salir del apuro sino declarando que dichas manifestaciones no son otra cosa que productos de degeneración" (60).

"Siempre que nos hallamos en presencia de un síntoma, debemos deducir la existencia, en el enfermo, de procesos inconscientes que contienen precisamente el sentido de dichos síntomas. Y al contrario es necesario que tal sentido sea inconsciente para que el síntoma se produzca. Los procesos conscientes no engendran síntomas neuróticos; pero además, en el momento mismo en que los procesos inconscientes se hacen conscientes desaparecen los síntomas. Hallamos pues, aquí un nuevo medio de lograr la desaparición de los síntomas" (60).

"Los pensamientos retenidos en estado inconsciente, tienden a una exteriorización correspondiente a su valor afectivo, a una derivación y la encuentran en la histeria por el proceso de la conversión en fenómenos somáticos, esto es en síntomas histéricos. Por la nueva transformación con el auxilio de una técnica particular, de tales síntomas en representaciones afectivas conscientes, se puede hallar la naturaleza y origen de estas formaciones síquicas anteriormente inconscientes".

"De este modo se ha llegado al conocimiento de que los síntomas representan un sustitutivo de tendencias que toman su fuerza del instinto sexual" (61).

Para Freud, el carácter sexual de un fenómeno o representación síquica, es un tanto diferente del que habitualmente se comprende como tal.

"Resulta difícil delimitar con exactitud el concepto de **lo sexual**. Una definición que tenga a la vez en cuenta la oposición de los sexos la consecución de placer, la función procreadora y el carácter indecente de una serie de actos y de objetos que deben ser silenciados, puede bastar para todas las necesidades prácticas de la vida, pero resulta insuficiente desde el punto de vista científico" (60).

Freud considera que las primeras manifestaciones de la libido, "fuerza en que se manifiesta el instinto sexual análogamente a como en el hambre exterioriza el instinto de absorción de alimentos" aparecen en el niño de pecho enlazadas a otras funciones vitales. Pasa después por un largo desarrollo, por una serie de fases sucesivas entre las que no existe semejanza alguna y que puede compararse a las metamorfosis de los insectos desde la larva hasta el insecto adulto. "Puede suceder que no todas las fases preparatorias trascurren con absoluta corrección y llegue su término definitivo, pues ciertas partes de la función pue-

## INFORMACIONES SOCIALES

den estancarse de una manera duradera en alguna de esas tempranas fases y obstaculizar así la marcha total del desarrollo" (60).

La privación de una determinada forma de satisfacción sexual que es la que el sujeto exige, pero que otra parte de su personalidad, obediente a la coerción social, rechaza, es la que da lugar al conflicto patogénico. "El conflicto patogénico surge por lo tanto entre las tendencias del Yo y las tendencias sexuales" (60).

El psicoanálisis permitió a Freud no sólo descubrir la naturaleza y el mecanismo de las manifestaciones físicas del histerismo y otras neurosis, que hasta entonces escaparon a la comprensión del concepto (puramente bio-físico de enfermedad) sino que extendió su explicación al reino de la llamada vida normal". En sus libros: "**La interpretación de los sueños**"; "**La Psicopatología de la vida cotidiana**" y "**El chiste en relación con lo inconsciente**" señalaba que el mecanismo que opera en la neurosis es inherente a la función síquica normal y explica muchas de sus manifestaciones.

La concepción de la naturaleza puramente orgánica de la enfermedad, que imperaba antes de Freud, no permitía aceptar la existencia de manifestaciones patológicas puramente funcionales, sin cambios en la estructura íntima de órganos y tejidos. Aún las alteraciones basadas en perturbaciones nutritivas o endocrinas suponen modificaciones bio-químicas y por lo tanto materiales. Las enfermedades mentales se consideraban entonces, por lo menos por gran parte de los siquiátras, en fermedades somáticas del cerebro. El descubrimiento de la etiología sifilítica de la parálisis general por Noguchi, la comprobación de modificaciones estructurales en la demencia senil y en la enfermedad de Alzheimer y la demostración de la insuficiencia tiroidea en el cretinismo, dieron fuerte asidero a esa concepción.

El psicoanálisis al demostrar que determinadas manifestaciones patológicas eran debidas a influencias puramente síquicas o mentales, ha dado base a la concepción del organismo como una unidad sicobiológica que Adolfo Mayer y los fundadores de la medicina sicosomática han definido más claramente.

Mayer en sus enseñanzas en Johns Hopkins "abandona el concepto de enfermedades individuales y prefiere hablar de tipos de reacción y para él la reacción de la personalidad total en todos sus aspectos es la única base de una comprensión adecuada del paciente" (63).

Esta concepción de la unidad sicobiológica puede considerarse como una reacción ante la tendencia puramente analítica que ha dominado el estudio de la enfermedad durante tanto tiempo.

La sicología de la forma **Gestaltpsychologie** de Kohler, Wertheimer, Koffka) considera que "el todo no es la suma de las partes sino algo diferente. El estudio de las partes solas de una unidad entera no puede jamás explicar el sistema en su totalidad. Las partes no pueden ser comprendidas antes que la significación que ellas tienen para el sistema entero sea hallada" (62).

El estudio por los fisiólogos, especialmente Pavlow y su escuela en Europa, y Cannon en América, de las reacciones fisiológicas que acompañan a las emociones tales como el miedo, la cólera, la excitación se-

## INFORMACIONES SOCIALES

xual y que consisten en alteraciones de la tensión de los músculos lisos y estriados, de las secreciones, de la circulación y aun de la respiración han aclarado aún más la influencia de la sique sobre el cuerpo y la existencia de estrechas correlaciones entre ambas.

“Los progresos de la neurología han preparado la vía a una mejor comprensión de las relaciones entre las diferentes partes del cuerpo. Se ha hecho evidente que todas las partes del cuerpo dependen directa o indirectamente de un sistema central y que funcionan bajo la dirección de éste. Los músculos voluntarios tanto como los órganos de la vida vegetativa, estos últimos por intermedio del sistema nervioso autónomo, son influidos por los centros más elevados del sistema nervioso. La unidad del organismo está claramente expresada por las funciones del sistema nervioso central. Este actúa como regulador de los procesos internos vegetativos del organismo y de sus actividades externas en relación con el medio ambiente. Esta dirección central está representada por los centros más elevados del sistema nervioso cuyo aspecto sociológico reflejado en el comportamiento humano se llama **la personalidad**” (62).

Según Cannon, las reacciones fisiológicas que se observan en la cólera y en el miedo tendrían por finalidad preparar el organismo para la acción: la huida o la agresión. Pero, según la teoría sicopática, dada la complejidad de la vida social de los pueblos civilizados, la mayor parte de nuestras emociones no pueden ser exteriorizadas y convertidas en actos motores voluntarios, sino que son reprimidas y desviadas para ejercer su acción, por intermedio del sistema autónomo, sobre las funciones vegetativas tales como la digestión, la respiración y la circulación.

Los trastornos funcionales de larga duración podrían producir progresivamente, desórdenes orgánicos serios y terminar ocasionando modificaciones morfológicas.

“Estudios psicológicos y fisiológicos profundos de casos de úlcera gástrica han llevado a la convicción de que los conflictos afectivos durables pueden constituir el primer paso para la neurosis gástrica que con el tiempo podría dar lugar a una úlcera. Igualmente, conflictos afectivos han provocado fluctuaciones constantes de la tensión arterial que a la larga fatigan el sistema vascular” (62).

Por otra parte, llegarían también a la esfera de lo emocional, por intermedio del sistema nervioso vegetativo y de las glándulas endocrinas, manifestaciones de los órganos capaces de influir sobre el estado de ánimo.

“Importantes experimentos de Pavlow han demostrado cuán íntimamente se hallan unidos nuestro mundo de percepción y nuestro estado total. El animal hambriento dirige su atención a toda señal que se halle en cualquier relación, por lejana que sea, con la ingestión de alimentos. El saciado es indiferente a la presencia de la misma comida” (62).

La concepción sicosomática de la enfermedad ha tenido el siguiente comienzo: un joven médico americano. Edward Weiss, en los inicios de su carrera profesional tuvo oportunidad de atender a una joven que sufría de cefalalgias de origen oscuro. Procedió a practicar exáme-

## INFORMACIONES SOCIALES

nes físicos y de laboratorio y rayos X de los diferentes órganos y sistemas con el objeto de descubrir el origen de esas pertinaces cefalalgias. A raíz de una punción lumbar exploratoria, las cefalalgias se intensificaron y sobrevinieron complicaciones del aparato digestivo que obligaron a la paciente a guardar cama por algunos días. Después de nueve meses de tratamiento y repetidas exploraciones clínicas ineficaces, la familia solicitó los servicios del viejo médico que había atendido a la enferma en su infancia. Este descubrió que ella estaba hondamente preocupada porque su único hermano muy querido pensaba casarse. Pensó que la cefalalgia era simplemente la manera de expresar su oposición inconsciente. Cuando se le hizo comprender el significado de su enfermedad la curación se produjo”.

“Fué ésta una valiosa lección para el joven médico. Le hizo comprender que su adiestramiento en la escuela de medicina y en el hospital, suplementada por el estudio de órganos y tejidos enfermos, no lo habían preparado para la práctica de la medicina” (58). Para remediar sus deficiencias se asoció con un siquiatra, O. Spurgeon English tanto para el trabajo clínico como para la enseñanza en la Escuela de Medicina de la Universidad de Temple. Una parte de esta enseñanza consistía en la presentación de casos procedentes de las salas de medicina general que se estudiaban no sólo desde el punto de vista médico sino también psicológico. Se les denominó “conferencias sicosomáticas”.

En 1935 Helen Flanders Dunbar, que seguía esa orientación en el Presbyterian Hospital de New York, publicó su obra: **Emotions and Roidily Changes**.

En 1939 apareció la primera revista de Medicina Sicosomática.

**CONCEPTOS ACTUALES.** — Hemos visto, en esta incompleta reseña, cuán largo y sinuoso ha sido el camino que el pensamiento humano ha recorrido al tratar de comprender la esencia de lo que es salud y enfermedad. En ese largo recorrido ha encontrado, unas veces, fragmentos de verdad que lo han acercado al conocimiento de lo que afanosamente busca y otras veces se ha desviado por sendas equivocadas que lo han alejado de la meta.

Todas las ideas y conceptos, verdaderos y errados, que han dominado sucesivamente el pensamiento médico, han dejado su huella permanente y hoy todavía tienen vigencia en determinados grupos culturales.

La primitiva concepción mágica subsiste aún, no sólo en las tribus primitivas sino en mentes evolucionadas de nuestra civilización occidental.

La concepción teológica de enfermedad por voluntad divina o por acción demoníaca, es también aceptada por nuestra civilización, como lo atestiguan la certificación del carácter de milagros divinos que se da a algunas curaciones de Lourdes y los exorcismos que a veces se practican.

Muchos de los sistemas médicos, tienen todavía sus adeptos.

Los conceptos de salud y de enfermedad, que vamos a señalar como actuales, son los que la ciencia de hoy permite exponer como una síntesis.

## INFORMACIONES SOCIALES

sis de los complejos fenómenos que caracterizan el funcionamiento del maravilloso organismo humano.

La salud y la enfermedad no son en esencia diferentes. Ambas son exponentes del inestable equilibrio del organismo humano.

La vida se caracteriza por el cambio incesante. La estabilidad, la quietud son incompatibles con ella. El funcionamiento del complejo organismo vivo y de cada una de sus partes significa movimientos, cambios de naturaleza diversa: físicos, químicos, biológicos y psicológicos.

Esos cambios suponen desgaste de materia y de energía que hay que renovar constantemente y que el organismo debe tomar del medio en que vive, que es a su vez cambiante por sí mismo. Nuevamente, son fuerzas físicas, químicas, biológicas y sociales que actúan sobre el organismo, no ya dentro de él sino exteriormente y lo obligan a adaptarse incesantemente a esas cambiantes condiciones.

A diferencia de los organismos simples unicelulares cuyas funciones se desarrollan directamente en contacto con el medio externo en el que viven, y por tanto sujetos a los cambios de ese medio, los organismos superiores, como lo ha demostrado Claude Bernard y confirmado Cannon, desarrollan su vida íntima en un medio interno que les es propio. Es decir que la actividad vital se desarrolla propiamente en células y tejidos cuyo intercambio se hace con el medio interno que les rodea. Un complejo mecanismo asegura la homeostasis de ese medio. Es decir la limitación dentro de estrechos márgenes de las fluctuaciones de su composición y condiciones físico químicas.

La homeostasis del medio interno sería esencial para liberar a las finas estructuras celulares de nuestro organismo de las amplias fluctuaciones materiales y energéticas del ambiente externo. Libertad e independencia serían necesarias para permitir a esas finas estructuras llevar a cabo sus delicadas funciones.

La salud consiste, en esencia, en el mantenimiento perfecto de la homeostasis. Las alteraciones de ésta, fluctuaciones anormales del medio interno, darían lugar a estados patológicos.

El concepto de enfermedad no es sin embargo sinónimo de perturbación de la homeostasis ya que éstas pueden producirse sin que se traduzcan en síntomas y signos perceptibles que son los que caracterizan la enfermedad. Aún más, el perfeccionamiento creciente de los métodos de exploración médica permiten captar perturbaciones fisiopatológicas antes de que se manifiesten ostensiblemente a la conciencia del individuo. El término **supuestos sanos** usado en actividades de salud pública expresa este hecho.

Los conceptos que acabamos de enunciar son aplicables, únicamente al funcionamiento interno del organismo y sólo parcialmente a la unidad sicobiológica ya que ésta sí tiene contacto directo con el medio externo, no solamente físico, del que se halla protegido por sus estructuras corporales más externas que delimitan su medio interno y que algunos fisiólogos consideran que no son realmente elementos vivos, sino principalmente social del que él mismo forma parte y que está constituido por los grupos humanos con los que tiene relación.

Contemplando el problema en el plano de la unidad sicobiológi-

## INFORMACIONES SOCIALES

ca, la salud es, como lo ha definido la OMS, **no solamente la ausencia de enfermedad sino un estado de perfecto bienestar físico, mental y social.** Este estado resulta, de una parte del mantenimiento de la homeostasis de su medio interno y de otra parte de la adaptación del individuo al medio físico, biológico y social en el cual vive y del que forma parte integrante.

La perturbación prolongada y ostensible de la homeostasis y la desadaptación al medio físico, biológico o social da lugar a enfermedad.

Estos conceptos que son teóricamente admitidos, no son sin embargo aplicados en la práctica. Los médicos siguen diagnosticando entidades nosológicas individualizadas con un nombre "como si de un ser se tratase" y a buscar el lugar donde la enfermedad se aloja" (65).

La exploración médica está orientada a identificar la enfermedad como si fuera un ente autónomo.

La propia OMS al aprobar la última revisión de la clasificación estadística de enfermedades, traumatismos y causas de muerte, adopta ese criterio y se esfuerza en agrupar las enfermedades individualizadas según sus características de causa, de localización o de tipo patológico.

La aplicación práctica de los conceptos científicos enunciados se hará efectiva cuando el médico se preocupe no de diagnosticar enfermedades, sino cuando trate de apreciar cuál es la perturbación de la homeostasis y en qué consiste la desadaptación del individuo al ambiente y en averiguar cuáles son los factores determinantes de aquella perturbación y de esta desadaptación.

## BIBLIOGRAFIA

- (35) **Mesmer y el Magnetismo Animal**, por el Dr. René Kaetch, en Actas Ciba 11-12 1946.
- (36) **Investigaciones anatómicas en el occidente medioeval**, por el Prof. Dr. Hintzsche. En Actas Ciba N° 9, 1946.
- (37) **La Facultad de Medicina de la Universidad de Bolonia**. Por el Prof. G. de Francesco. En Actas Ciba N° 5, 1942.
- (38) **Historia de la Ciencia**. Por Charles Singer. Versión española de F. A. Delpiani. Fondo de Cultura Económica, México 1945.
- (39) **La Superación de la Anatomía Galénica**. Por el Prof. Dr. E. Hintzsche. En Actas Ciba 1947, N° 4.
- (40) **Estudio anatómico del movimiento del corazón y de la sangre en los animales**, Guillermo Harvey. Versión española de Joaquín Izquierdo. Profesor de Fisiología Experimental de la Universidad de México, EMECE Editores S. A. México 1936.
- (41) **La Yatroquímica**. Por el Dr. F. Schwurz, de Zurich. En Actas Ciba 1938. N° 8.
- (42) **La Yatrofísica**. Por el Dr. F. Schwurz, de Zurich. Actas Ciba 1938, N° 8.
- (43) **La invención del termómetro abierto de aire**. Por el Dr. R. Vollman. Actas Ciba 1945, N° 5.
- (44) **Reaction to injury**. Wiley D. Forbus M. D. Professor of Pathology, Duke University and Pathologist to the Duke Hospital. William and Wilkin, Baltimore 1943.
- (45) **Historia de la Biología**. Charles Singer. Traducción del inglés por Máximo Valentinuzzi, Espasa Calpe Argentina S. A. Buenos Aires 1947.
- (46) **Las teorías de la respiración desde la edad media hasta el siglo XX**. Por G. Zeuner. Actas Ciba 1943, Nos. 11, 12.
- (47) **Lavoisier y la formación de la teoría química moderna**, Aldo Mieli, Espasa Calpe Argentina S. A. Buenos Aires 1944.

## INFORMACIONES SOCIALES

- (48) **Instituto de Investigación.** Gerlitt y Jenny. Actas Ciba 1939 Marzo.
- (49) **Academia de Medicina de Lima.** I. La Academia Libre. 1884-1889 (Según las Memorias oficiales de la Secretaría Perpetua) Las edita Carlos E. Paz Soldán.
- (50) **Historia de la viruela en el Perú.** Dr. Juan B. Lastres. "Salud y Bienestar Social". Organó del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lima, Perú 1954, N° 9.
- (51) **Prontuario de Legislación Sanitaria del Perú.** Recopilación de leyes, decretos y demás disposiciones relativas a cuestiones sanitarias hecha por el Dr. J. A. Estrella Ruiz. Tomo III, Lima 1937.
- (52) **La Ciencia Experimental.** Claude Bernard. J. B. Bailliere et Fils. París 1878.
- (53) **Introduction a l'etude de la medicine experimentale.** Claude Bernard, Flammarion Editeurs, París 1952.
- (54) **Progress in Medicine.** Yago Galton, New York, 1940.
- (55) **Louis Pasteur,** Ouvres de Pasteur reunies par Pasteur Vallery, Radot Masson et Cie. Editeurs, París 1922.
- (56) **Tratado de Medicina,** publicado en francés bajo la dirección de los Dres. Charcot-Bouchard y Brissaud y en castellano bajo la dirección de Rafael Olecia y Córdova, Madrid, 1892.
- (57) **Etude generale des secretions internes,** par J. E. Abelous, Professeur de physiologie a la Faculte de Medecine de l'Université de Toulouse. Tome IV du Traite de Physiologie Normale et Patologique, publié sous la direction de Paris. G. H. Roger, Masson, et cie Editeur, París, 1928.
- (58) **Psychosomatic Medicine Weiss and English.** W. B. Saunders, Philadelphia, 1943.
- (59) **La Sicoanálisis.** Cinco conferencias pronunciadas en la Universidad de Clark, EE. UU. por Sigmund Freud. Obras completas Vol. XII, Editorial Americana, Buenos Aires, 1943. Traducción directa del alemán por Luis López Ballesteros.
- (60) **Introducción al sicoanálisis. Teoría general de la neurosis.** Sigmund Freud. Obras completas, Vol. V.
- (61) **Una teoría sexual y otros ensayos,** Sigmund Freud. Obras completas, Vol. II.
- (62) **La Medecine Psychosomatique.** F. A. Alexander Directeur de l'Institute de Psychoanalyse de Chicago. Professeur de Clinique Psychiatrique a l'Universite de Illinois. Traductions de Horizons et du Dr. E. Stern Paryot, París, 1952.
- (63) **Historia de la Sicología Médica.** Gregory Zilborg M. D. en colaboración con George W. Henry M. D., Librería Hachette S. A. Buenos Aires, 1945.
- (64) **Relaciones fisico-psíquicas en la salud y la enfermedad.** Contribución a la psicología médica, por el Dr. Walter M. Wyss. Versión española autorizada de la primera edición alemana por el Dr. Manuel Avila, Ediciones de la Revista de Información Terapéutica. Leverkusen, 1934.
- (65) **Introducción a la Medicina Sicosomática,** por Carlos Alberto Según T. Scheuch S. A. Lima, 1947.

# Directivas para un Programa de Desarrollo Económico Nacional

Por el Ing<sup>o</sup> ROMULO A. FERRERO

Al iniciarse un nuevo Gobierno cobra mayor actualidad el problema del desarrollo económico del país, porque como es natural él constituye la preocupación principal de gobernantes y gobernados, y porque es justamente el momento en el cual debe formularse de un modo orgánico la política que seguirán los encargados de manejar los destinos del país en este campo tan importante. Del acierto de esa política depende los resultados que se obtenga, por lo cual creemos que es interesante que todas las personas e instituciones aporten sus ideas al respecto, como una contribución a la labor de discusión de estos temas que tiene que ser útil para los responsables de las decisiones que se adopte. Es por esto, y sin mayores pretensiones, que vamos a ocuparnos en este artículo de hacer una exposición en forma general y dejando para otros artículos posteriores el tratar de algunos aspectos particulares e importantes.

Entendemos que el desarrollo económico consiste en la elevación del nivel material de vida de la población y la integración nacional de los distintos sectores que la componen en un conjunto homogéneo y solidario. Ambos aspectos se complementan e influyen entre sí, porque no puede haber desarrollo económico que esté limitado a algunos sectores y excluya a otros, y porque la integración nacional es a la vez condición y resultado para dicho desarrollo. Por tanto, aquí tenemos de inmediato la primera directiva de un programa de desarrollo económico, la que debe ser integrar los distintos sectores de la economía nacional eliminando las barreras económicas y sociales que los separan, ya sea a causa de condiciones geográficas, étnicas, históricas, o de otro orden. Esta directiva tiene especial importancia en un país como el nuestro en donde los obstáculos mencionados son sumamente importantes, y donde existen diferencias muy marcadas en la situación económica de las distintas regiones del país y en las distintas capas sociales. Mientras no desaparezcan estas diferencias, el país no constituirá verdaderamente una unidad nacional, ni podrá alcanzar el desarrollo económico que todos debemos desear. Una parte de esta cuestión está constituida por lo que se acostumbra llamar el problema del indio, sobre el cual habremos de volver en posterior oportunidad. Insistiremos únicamente en este concepto del desarrollo económico como un proceso de organización e integración social.

Sentado este primer principio hay que agregar otro fundamental, que constituye en realidad un axioma, a saber, el desarrollo económico supo,

## INFORMACIONES SOCIALES

ne el aumento de la producción económica nacional y su mejor distribución, o sea que tenemos dos problemas conexos. Sin descuidar el segundo de ellos, sino todo lo contrario, ya que se relaciona con el problema de la integración nacional al que hemos hecho mención en el párrafo anterior, hay que poner mayor énfasis en el problema de la producción, por cuanto una exagerada atención al problema distributivo que descuide el fomento de la producción conduce en estos países subdesarrollados y pobres, como se ha dicho muy gráficamente no a distribuir la riqueza sino a distribuir la pobreza, y lo que es peor, a retardar seriamente el proceso de incremento de la producción, que constituye el mejor camino para elevar el nivel de vida general.

El aumento de la producción económica nacional exige la utilización óptima de sus recursos productivos o factores de la producción, los que son tres, a saber, recursos naturales, población trabajadora, y capitales. Para que se produzca ese aprovechamiento óptimo, lo que significa en otros términos obtener el mayor valor posible de la utilización de tales recursos, es indispensable dejar funcionar libremente el mecanismo de los precios, porque ellos son los que indican justamente la orientación que debe tomar la producción permitiendo escoger entre los empleos alternativos de los factores de la producción aquellos donde se obtiene los valores más elevados. Esto supone, pues, la libertad de precios y la libertad de empresa, quedando el Estado en la condición que le compete, que es llenar la función de suplir la iniciativa privada donde ésta es deficiente o no actúa y de vigilar para que no se constituyan monopolios o abusos de poder económico de una minoría en favor de la mayoría.

La base de la actividad productiva debe ser, pues, la iniciativa privada, la libre empresa, y el mecanismo de los precios, debiendo incluirse expresamente en este último concepto el de las monedas extranjeras, o sea, el cambio libre sin restricciones o controles. Pero además, hay que considerar el papel del Estado en el desarrollo económico, y él debe ser, tal como se dijo, suplir la actividad privada en los campos donde ésta no se manifiesta, los que son fundamentalmente las inversiones de carácter básico que producen lo que se llaman economías externas de la producción, y que fomentan el desarrollo de las actividades privadas, como también mejoran las condiciones de vida de la población. Ellas son la construcción de vías de comunicación, de obras de irrigación y colonización, de escuelas, hospitales, obras sanitarias, y otras semejantes, el cuidado de la educación y de la salud públicas, la investigación sistemática de los recursos naturales del país y la posibilidad de explotarlos por la empresa privada, el crédito para fomento de la producción, la ayuda técnica, especialmente a los pequeños productores. Hay aquí un campo muy amplio para la acción del Estado, sin necesidad de interferir con las actividades privadas, dedicándose a empresas productivas que compiten con aquellas.

Aparte de esta acción positiva, toca al Estado otra muy importante que es la de cuidar constantemente porque no se produzca la inflación, que es el enemigo siempre presente en las economías subdesarrolladas, como resultado de la excesiva presión de todos los sectores por mejorar su situación y por construir e invertir más de lo que permite la capacidad de la economía del país. La prevención de la inflación, la que

## INFORMACIONES SOCIALES

hoy día está reconocida en todas partes como el peor enemigo del desarrollo económico, exige una serie de medidas en distintos sectores, a saber, moderación en los impuestos y en las cargas sociales, porque el exceso de ambos determina una fuerte presión alcista sobre los precios, o sea una inflación de costes; riguroso equilibrio de las finanzas públicas para que no haya déficits que determinan emisión inorgánica de circulante para cubrirlos; vigilancia del crédito, para que no crezca excesivamente, lo cual a su vez exige en primer lugar el equilibrio fiscal; cuidadoso planeamiento de las obras públicas para que puedan ser financiadas de acuerdo con la capacidad fiscal; etc., etc.

La estabilidad monetaria, o sea la ausencia de inflación, es una condición esencial para el desarrollo económico equilibrado y rápido por muchas razones, siendo las principales de ellas el efecto depresivo que tiene la inflación sobre la acumulación de los ahorros y sobre la orientación de las inversiones. En efecto, el desarrollo económico depende fundamentalmente de la proporción de la producción económica del país que se ahorra para invertirse en aumentar el equipo productivo, lo que determinará en el futuro una mayor producción, así como del acierto con el cual se efectúen las inversiones. Ahora bien, si la moneda pierde rápidamente su valor por efecto de la inflación, se desalientan los ahorros y se induce las inversiones de carácter especulativo que no contribuyen al aumento de la producción económica nacional, retardando así el proceso de crecimiento de la producción del cual depende el mejoramiento del nivel de vida. A esto hay que agregar los perjuicios sociales muy importantes que causa la inflación, derivados de la injusta redistribución de la riqueza y de la renta nacionales, lo que provoca fricciones, descontento y fermentos sociales peligrosos.

El aumento de la producción económica del país puede obtenerse no solamente por la inversión de capitales en nuevas empresas, tales como irrigación y colonización de nuevas superficies, explotación de nuevas minas y establecimiento de nuevas industrias, sino también por mejoramiento de productividad de las actividades existente. En realidad, una característica notable de los países subdesarrollados como el nuestro es la baja productividad de las actividades básicas y de la población ocupada, de lo cual tenemos un ejemplo patente en la agricultura de la Sierra donde salvo contadas excepciones los rendimientos por unidad de superficie son muy bajos, justamente cuando deberían ser muy altos porque el coeficiente de tierras cultivadas por habitante es uno de los más bajos del mundo. En muchos casos se obtendría mucho mayores resultados invirtiendo el dinero, los esfuerzos y el tiempo en elevar la productividad de estas explotaciones, en lugar de crear otras nuevas.

Este problema del aumento de la productividad de la agricultura y de la población, de modo especial en la Sierra, es de una importancia fundamental y se relaciona con otra de las necesidades básicas de un programa de desarrollo económico, el cual es el equilibrio que se debe mantener entre las distintas clases de actividades. Hay en el mundo entero un reconocimiento creciente, que encuentra su eco en las publicaciones especializadas que tratan del desarrollo económico, de que así como el desarrollo industrial es una necesidad imprescindible de los países subdesarrollados, no lo es menos la elevación de la productividad de su agri-

## INFORMACIONES SOCIALES

cultura, que significa mayor producción de alimentos y materias primas y mayor capacidad adquisitiva de la gran masa de la población. Si este crecimiento no se efectúa paralelamente, y en algunos casos anteriormente, al de la producción industrial, inevitablemente limita el de esta última y hay un crecimiento desequilibrado, que provoca la aparición de presiones inflacionistas en la economía nacional.

Este mismo concepto del desarrollo equilibrado tiene que aplicarse a la vital cuestión del rol que tienen las exportaciones. El desarrollo industrial del país, así como el de la propia agricultura, exige y exigirá durante mucho tiempo la importación de bienes de capital (maquinarias y equipos) que no pueden producirse en el país porque no existen las condiciones apropiadas para ello. Ahora bien, la única forma de obtenerlos es, en definitiva, pagarlos con exportaciones, de tal modo que el estímulo de éstas debe constituir una parte fundamental de un programa de desarrollo económico, y el no comprender ésto ha provocado en países no distintos del nuestro, verdaderas crisis en sus balanzas de pagos. Además, el propio proceso del desarrollo económico aumenta la demanda de importaciones no sólo de bienes de capital, y para satisfacerlas hay que aumentar las exportaciones, pues de otro modo se produce un desequilibrio que inútilmente trata de corregirse mediante restricciones y controles que sólo logran empeorar la situación, dificultar el reajuste y obligar al final a la adopción de medidas más drásticas.

Si el país permite que funcione la libertad económica bien entendida, esto es, sin interferencias ni, por otro lado, excesos, el mecanismo de los precios servirá para orientar los factores productivos hacia aquellos campos que resultan más convenientes para la economía nacional, lo que podrá ser en algunos casos la producción para el mercado interno, y en otros la producción para la exportación; como también puede ser la producción agrícola, o la minera, o la industrial. No hay, pues, oposición entre las distintas clases de actividades, sino por lo contrario ellas se necesitan, complementan y refuerzan, y todas deben ser impulsadas teniendo como criterio orientador el principio fundamental de la igualdad del producto marginal obtenido por la aplicación de los recursos a las distintas actividades.

Para terminar este rápido esbozo, sólo queremos agregar algunas palabras acerca del rol de las inversiones extranjeras en el país. En primer lugar, señalaremos que la mayor parte de los capitales necesarios para el desarrollo tienen que ser producidos por el ahorro nacional y que no hay que esperar demasiado de la ayuda extranjera, sin que esto signifique restarle importancia, porque muchas veces el factor marginal es decisivo y porque suministran divisas. En segundo lugar, las inversiones directas son preferibles a los préstamos, por la mayor flexibilidad de las cargas que imponen sobre la balanza de pagos. En tercer lugar, para que estas inversiones vengan es necesario atraerlas ofreciendo las condiciones que ellas buscan, las que pueden resumirse como sigue: estabilidad política y social; estabilidad monetaria; libre transferencia de las utilidades y amortizaciones; moderación de las cargas tributarias y sociales; ausencia de riesgos de expropiación o confiscación; así como de discriminaciones adversas de cualquier orden; oportunidades de lograr beneficios atractivos.

## *Aspectos sociales y económicos de la reforma de la previsión social en Alemania Occidental*

POR LOS PROFESORES HANS ACHINGER,  
JOSEPH HOFFNER, HANS MUTHESIUS Y  
LUDWING NEUNDORFER.

### PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

#### I.—SOLIDARIDAD.

Según la antigua sabiduría occidental, el hombre es un individuo independiente, autónomo y único, y al mismo tiempo **zoon politicon**, tal vez por su esencia ligado a una relación recíproca con el prójimo y la colectividad. Por eso el elemento sobre el que se basa la vida social no consiste ni en el individuo solo ni en la sociedad únicamente, sino en una "original y peculiar relación de correlación y de vinculación" entre los dos elementos. El punto de partida del principio de solidaridad, en el que tal relación se realiza, es la valuación plena de la personalidad humana y al mismo tiempo la socialidad congénita del hombre. La solidaridad expresa sobre el plano práctico, multiformes vínculos y sobre el plano ético variadas responsabilidades de las acciones en favor del prójimo. Pues el hombre por su misma naturaleza es un ser social, el bien y el mal del individuo y de la sociedad son condicionados y vinculados a una multiforme y recíproca relación (entendiendo como sociedad el conjunto de los organismos sociales desde la familia al Estado).

Con sus fuerzas el hombre no puede realizar el pleno desarrollo de su personalidad sobre el campo espiritual, ni garantizarse a sí mismo y a sus dependientes la seguridad social. La familia tampoco está en condiciones de hacer frente a todas las exigencias de la vida. Son necesarias numerosas organizaciones asociativas. Por tanto estamos frente a una legión innumerable de individuos aislados, familias, comunidades, empresas, asociaciones, instituciones, organizaciones, organismos culturales, estrechamente vinculados entre sí y cuyas múltiples relaciones deben ser reguladas por principios de derecho, de orden y de seguridad. A tal fin es necesario que la máxima organización social, basada sobre el derecho y dotada de los poderes necesarios, como suprema garantía y protectora del bien común, realice la solidaridad de todos, y asegure en el mejor de los modos el bienestar material. El Estado, que aquí se le con-

## INFORMACIONES SOCIALES

sidera sólo dentro de este aspecto, debe adoptar el conjunto de medidas necesarias para la eficiente afirmación y continuo desarrollo del individuo aislado de los grupos y de la sociedad en general.

El principio de la solidaridad, —referido a la seguridad social,— requiere que no sólo la sociedad ayude al individuo y a las familias aisladas en estado de necesidad, sino que los grupos aislados y las diversas categorías, conscientes de los vínculos sociales, realicen una tarea de beneficio colectivo en favor de los socialmente débiles sea dentro de cada grupo o categoría, o bien entre grupos y categorías.

### II.—SUBSIDIARIDAD.

En la vida social, los hombres están obligados por vínculos particulares y por responsabilidades recíprocas. Conviene precisar cuales son exactamente las relaciones entre los individuos aislados y las organizaciones sociales entre sí. Y es que se necesita llevar a cabo el criterio de la **subsidiaridad**, en base al cual ninguna organización social, grande o pequeña, debe sustituir al individuo en la solución de problemas que éstos pueden resolver por sí mismos, en el ámbito de sus fuerzas y responsabilidades, pero las grandes organizaciones no deben sustituir a las pequeñas en las tareas que éstas pueden efectuar en forma autónoma.

El principio de la subsidiaridad encuentra su base no sólo en la libertad y dignidad del hombre, que la sociedad no debe poner en estado de minoría, sino también en la estructura y en los caracteres peculiares de los grupos sociales intermedios, a los que corresponden derechos y funciones particulares, que no pueden ser absorbidos de un modo satisfactorio por las grandes organizaciones sociales (piénsese en las tareas de la familia, de la comunidad, de la empresa, etc.). La exacta interpretación de este principio, que generalmente se equivoca, se basa sobre dos consideraciones:

1).—Subsidiaridad significa en primer lugar exclusión de intervenciones y delimitación de competencias: la existencia y la autonomía de los grupos menores y de los grupos aislados, son amparados contra las tendencias centralizantes de los grandes organismos sociales. Hasta donde las fuerzas del individuo o de los grupos menores son suficientes, los grandes organismos sociales, y ante todo el Estado, no deben ni eliminar ni limitar esta autonomía;

2).—En otros términos la subsidiaridad significa ayuda del de arriba al de abajo. El auxilio y la integración de los grandes organismos sociales en favor de los hombres aislados y de los grupos menores, puede ser determinado por dos circunstancias:

a) porque los individuos aislados y los grupos menores no son autónomos, pero son integrantes de más amplios agregados sociales, y a ellos le corresponde funciones que pueden ser disciplinadas únicamente en el ámbito de estos mayores organismos sociales.

En este caso la acción del gran organismo social, no se debe explicar sólo en función de insuficiencias eventuales del hombre o de los menores grupos sociales; debe explicarse por su misma esencia, en forma permanente. O sea la subsidiaridad no tiene del todo carácter discrecional en los casos que superan las posibilidades de los grupos menores.

## INFORMACIONES SOCIALES

b) cualquier individuo o grupo menor, por propia culpa o sin culpa alguna, no absuelven las tareas a ellos atribuidas por la naturaleza, el principio de subsidiaridad impone que los grandes organismos sociales —cada uno en su competencia,— realicen una acción de ayuda, integrativa y posiblemente transitoria.

### III.—LA JERARQUIA DE LAS INTERVENCIONES.

#### A.—Los diversos grados de responsabilidad.

1) Según el principio de subsidiaridad, el individuo es el primer responsable en la obligación del mantenimiento de sí mismo y de su familia. De esta premisa derivan, para las relaciones sociales actuales, dos deducciones.

En la moderna sociedad, con la acentuada división del trabajo, la responsabilidad individual obliga a cada uno a incorporarse a la actividad productiva; en efecto, para el trabajador dependiente la participación profesional a la vida social y económica, y tal vez la consecuente garantía de una renta regular, significa asegurar los medios de existencia.

Si bien para el mantenimiento de la mayoría de los hombres, la renta regular de trabajo sea determinante, también en la moderna sociedad no se puede menoscabar la importancia de la propiedad privada a los fines de la seguridad económica. La propiedad privada refuerza la iniciativa individual y constituye al mismo tiempo una defensa para el hombre, para quien, a través de la difusión más amplia posible de la propiedad privada, algunas medidas de seguridad social podrían resultar superfluas.

2) La más pequeña comunidad que según el principio de la subsidiaridad, debe garantizar al hombre la protección social, es la familia; o mejor la economía familiar. Si bien la familia había perdido, en la época industrial, muchas funciones, por lo que ella no puede otorgar total seguridad social, todavía ofrece hoy una protección de notable amplitud. El valor de esta protección depende en gran parte de los sentimientos que ligan a los componentes de la familia, en cuanto no se puede menospreciar el hecho que la ayuda concedida en el seno familiar es particularmente humillante cuando está privada de amor.

3) Una expresión concreta del concepto fundamental de solidaridad es el principio asociativo, en virtud del cual, sobre la base de la libertad, de los lazos comunes, de la reciprocidad y de la igualdad de derechos, los hombres de acuerdo se reúnen, con objeto de afrontar, con las fuerzas unidas, tareas que superan la capacidad individual. La ayuda mutua asociativa, que educa la concepción y la acción solidaria, puede volver posible la adaptación de medidas de seguridad social para trabajadores independientes.

4) Según el principio de la subsidiaridad, para aquellas funciones que pueden ser explicadas por los hombres, no deberían constituir organismos de grandes dimensiones. La mayor posibilidad de juzgar en base a una directa valuación de las circunstancias sociales, vuelve a los individuos particularmente idóneos para desarrollar tareas en el campo en cuestión.

## INFORMACIONES SOCIALES

5) Es, además, en armonía con el principio de la subsidiaridad, el hecho que también las empresas, —lugares donde típicamente se desarrolla la actividad del hombre moderno,— contribuyen a la realización de la seguridad social. Y en efecto una gran parte de los beneficios sociales de las empresas persiguen este objeto.

### B.—La Tarea del Estado.

Las características de la sociedad moderna, hacen que la seguridad social no pueda ser realizada por los hombres aislados, por las familias, comunas, empresas y asociaciones sin la ayuda del Estado. Se trata de funciones que, en base al principio de subsidiaridad, fundamentalmente son de su competencia, que se verifican no sólo interviniendo en las grandes calamidades, sino con la promulgación de normas de carácter general en el campo de la seguridad social. Y se trata también de aquellas formas de protección que, a causa de la insuficiencia de las acciones de los grupos menores competentes, deben ser solicitadas, ayudadas y eventualmente asumidas por el Estado.

En particular la acción del Estado presenta los siguientes aspectos:

1) El Estado contribuye a la seguridad social ante todo en el sentido que reconoce la responsabilidad individual de sus ciudadanos, la solidaridad y la previsión en el campo familiar y de los otros menores grupos sociales, incluyendo en éstos las organizaciones mutualistas.

2) Cuando determinadas necesidades no pueden ser satisfechas a través de las diversas formas de autoprotección misma. Por ejemplo una pensión es indudablemente necesaria en los casos que la reincorporación en la vida profesional o no es posible o no puede tener lugar sino después de un largo periodo de tiempo. Aún más, se necesita concluir cada esfuerzo para tratar de ayudar al interesado a obtener una responsable actividad laboral que le permita prever por su sostenimiento, siempre como es obvio, que sea capaz de reeducación profesional, con recalificación y curas adecuadas. La "integración de la autoprotección" constituye una inversión social y no una redistribución social y tal vez a ella debe dársele prioridad, siempre que sea posible, respecto a la concesión de pensiones.

Las circunstancias sociales y económicas de la época industrial han hecho que casi toda la población activa obtenga sus propios medios exclusivamente de un salario y de una relación de trabajo y no disponga de un patrimonio con que vivir en caso de enfermedad, desocupación, accidente o vejez. Para los trabajadores dependientes que deben vivir de la renta del trabajo, su misma existencia está amenazada y sea por la transitoria interrupción de la capacidad de ganancia (por causa de enfermedad, accidente, desocupación, embarazo y maternidad), sea por la pérdida duradera o definitiva de tal capacidad (edad avanzada, accidente, enfermedad y similares). La misma cosa sucede con las viudas y huérfanos, a quienes la muerte ha suprimido la persona que proveía el sustento. Aquí la autoprotección debe ser ampliamente integrada y, si es necesario, subrogada de la seguridad social.

Se desprende de los principios de solidaridad y subsidiaridad que el Estado facilite los medios y modos para garantizar a los individuos

## INFORMACIONES SOCIALES

los cuidados "basic needs" (necesidades básicas). Como es obvio, es ajustante en el caso de las manifestaciones de la política social estatal, cuando conviene vigilar que la libertad y la dignidad del hombre no sean amenazadas. Se pueden distinguir tres sistemas diferentes de intervención del Estado:

a) establecer por ley que las categorías de personas, se aseguren para las "basic needs" en la forma que prefieran (seguro privado de enfermedad, seguro de vida, seguros colectivos, etc.);

b) prescribir, igualmente por ley, la afiliación a instituciones de previsión social de derecho público, que se nutren con determinadas contribuciones sobre el salario, pero sin participación del Estado. El hecho que se llame al empleador, para participar contributivamente es irrelevante, en cuanto se trata en sustancia, de alicuotas de compensación de trabajo que, en lugar de corresponder directamente a los trabajadores, son agregadas a las contribuciones del seguro de los trabajadores mismos;

c) las prestaciones obtenibles por el sistema enunciado en el punto b), pueden ser mejoradas si el Estado integra las contribuciones con su aporte financiero, sistema que rige en el seguro de pensiones de los obreros, y que actualmente se utiliza en el seguro de pensiones de los empleados.

De estos tres sistemas se puede observar, esencialmente lo que sigue.

En armonía con el principio de la subsidiaridad, el segundo sistema debería ser adoptado sólo cuando el primero resulte ineficaz, y vez el segundo sistema debería tener prioridad respecto al

Cuando al terminar el siglo XIX, fueron creados los seguros sociales, el ascenso económico y social de las categorías trabajadoras apenas comenzaba, por lo que aparecía justificado integrar la seguridad social con una participación del Estado. Hoy en cambio, los trabajadores no pueden ser considerados como la clase económicamente más débil e indefensa del pueblo: no pocos trabajadores gozan ahora de una renta elevada. Conviene precisar si en armonía con los principios de solidaridad y subsidiaridad es adecuado continuar la ayuda estatal, indiscriminadamente, a algunas ramas de la previsión social. Y en este terreno es necesario reflexionar que los asegurados, que constituyen más de los dos tercios de la población activa, soportan la mayor parte de la contribución del Estado, mediante las cuotas. Surge la pregunta si —cuando menos para los trabajadores dependientes con rentas elevadas,— no se debiera aplicar el segundo de los tres sistemas, de modo que para la protección de la vejez de este grupo laboral funcione el simple principio asegurativo.

Es preciso además estudiar si, también para determinadas categorías socialmente débiles de las independientes (cultivadores directos, artesanos, pequeños comerciantes), no sea el caso de prescribir legalmente la adopción del primero de los tres sistemas antes citados. Dicha propuesta tal vez podría aparecer discutible desde el punto de vista de la economía de mercado y de la iniciativa privada. Todavía la situación de estos modestos trabajadores por cuenta propia, en caso de enfermedad o vejez, es tan grave que los más apremiantes problemas que derivan no puedan ser descuidados. Una previsora política económica debe intervenir en estos sectores, por medio de medidas que favorezcan, fisiológicamente,

## INFORMACIONES SOCIALES

el refuerzo y la evolución. En efecto, no constituye una verdadera solución afrontar los problemas de estas categorías únicamente con los medios de la política social estatal.

A los fines de la productividad precisa vigilar, de modo que las prestaciones sociales mantengan una justa relación con la renta del trabajo.

3) Es necesario separar netamente consecuencias de las grandes calamidades políticas, de los riesgos normales de la sociedad industrial. Numerosos grupos de la población (prófugos, víctimas de guerra y de bombardeos etc.), han sido gravemente afectados y colocados en la imposibilidad de prever por su propia autoprotección, y esto no por su culpa ni por las manifestaciones del curso de la economía, sino como consecuencia de la política del Estado y sobre todo de la guerra. El principio de solidaridad exige que las derivaciones de la guerra, no graviten únicamente sobre tales grupos, sino que sean repartidos según el principio de la justicia distributiva. La República Federal Alemana dedica a los grupos afectados, elevadas sumas. Induce a error sumar sin orden dichas cuantías —que no tienen relación con las cuentas de la actividad productiva, sino con las calamidades políticas,— con la contribución estatal a la previsión social y para la asistencia a los desocupados. Se trata de dos sectores netamente diferenciados, por cuanto es muy distinto el motivo que ha determinado la situación de la necesidad.

Es necesario definir con la precisión más posible, en función a los principios de solidaridad y subsidiaridad, la posición del Estado en el campo de la previsión social, por cuanto hoy dominan en este campo concepciones frecuentemente erróneas y de consecuencias peligrosas.

En la sociedad comunista, según profetizaba Lenin, el hombre realiza su trabajo libremente “sin constricciones, sin preocuparse del salario, sin contratación de la retribución”, atraído solamente por el anhelo de proceder por el bien común, carente de preocupaciones, de donde, como ha expresado Stalin, “realizar en común colaboración y mutua ayuda social, la felicidad de todos”.

El pensamiento cristiano occidental rechaza como utopía este mesianismo, que ha sido enmascarado por la realidad bolchevique. La protección total a cargo de la “sociedad” no significa protección social dividida fraternalmente, sino concentración absoluta del poder económico, político, militar, propagandista y social. De este modo el hombre es defraudado en su libertad y dignidad, disminuido a nivel de un mero objeto de la dinámica social y económica.

Naturalmente no se puede desconocer que, también en el mundo occidental, se manifiesta la tendencia a transferir la previsión social —prescindir de la autoprotección y de la estabilidad de protección de los menores grupos sociales—, directamente al Estado, que así se transforma en organismo asistencial. Probablemente esta orientación ha recibido influencias o ha sido favorecido por varias circunstancias:

a) dos inflaciones han pulverizado los ahorros personales, así como las reservas obligatorias de la previsión social, de ese modo se cree que sólo el Estado tiene la posibilidad de garantizar la seguridad social;

b) La primera y sobre todo la segunda guerra mundial, han dejado a millones de personas en estado de necesidad, no originado por culpa

## INFORMACIONES SOCIALES

personal y que pertenece al número de los denominados riesgos normales. Estos grupos de población (víctimas de guerra y bombardeos, prófugos, perseguidos por el régimen nazista, etc.), poseen fundado derecho a la reparación del daño, a la indemnización, a la asistencia;

c) graves crisis económicas repetidamente han privado a millones de personas que se han visto constreñidas a un trabajo reducido. El espectro de la desocupación ha hecho que el logro del pleno empleo se haya elevado al rango de premisa esencial de la seguridad social;

d) Las organizaciones creadas en los últimos 70 años para la gestión de la previsión social, con el reforzamiento del factor institucional, han adquirido, bajo muchos aspectos, el carácter de potentes organizaciones, favoreciendo con ello la afirmación de la tendencia de amplios sectores del mundo occidental hacia la seguridad social;

e) al debilitamiento de la responsabilidad personal en muchos individuos, corresponde por parte del Estado, en algunos países, la exaltación del principio asistencial, de modo que el Estado mismo garantizaría a todos sus ciudadanos la seguridad social, a través de medios fiscales. En los estados totalitarios, tras esta orientación se disimula la tendencia a transformar las instituciones de seguridad social en instrumentos de dominio.

Frente a todas estas circunstancias, merece remarcar que el propósito de comprender obligatoriamente a todos los hombres, aun aquellos que puedan protegerse por sí mismos, en una seguridad social estatal (asistencia sanitaria, pensiones de invalidez y de vejez, prestaciones familiares, etc.), es incompatible con el principio de la subsidiaridad.

Un sistema de este género amenaza al Estado, porque induce a que los hombres le presenten a él sólo sus pedidos, lo que altera la recíproca relación —además del principio de solidaridad— de prestaciones y contraprestaciones entre el individuo y el Estado mismo.

## ECONOMIA Y FINANZAS

### I.—El dilema: Economía o Socialidad.

Uno de los objetivos de la política económica es hacer que cada persona apta para el trabajo trabaje, y emplee su capacidad laboral del modo más productivo posible, tal empleo productivo sin embargo no puede ser impuesto, y debe basarse en la libre decisión del individuo. De ello deriva que la política económica debe tratar que la persona no tema ser defraudada en su participación del proceso productivo, que ella esté convencida de ser remunerada según su rendimiento, y, en la actual sociedad industrial fuertemente adelantada, el cuadro de los aportes de los diversos factores de la producción, resulta así muy complejo.

Tal objetivo vendría ha ser obtenido en máxima medida a través de una repartición que —en detracción de cuanto concierne al Estado, por exigencias de carácter público, y de cuanto sucede para compensar los otros factores de la producción— atribuye la renta producto a los trabajadores, subdividiéndola de modo que el poder de adquisición asignado a cada uno sea capaz de estimular en ellos la productividad.

## INFORMACIONES SOCIALES

De otro lado frente a esta exigencia económica es innegable la necesidad de asistir también, a la parte de la población que no posee rentas provenientes de su participación en el proceso productivo (como por ejemplo mujeres, hijos, viejos económicamente inactivos y personas incapacitadas para el trabajo). ¿En qué medida debe realizarse la intervención coactiva del Estado en el reparto del resultado de la actividad productiva, entre los que han participado, como dónde realizar una redistribución de la renta en beneficio de los que han participado en su producción? La economía política no puede responder a esta pregunta. Depende del equilibrio social existente y en particular de la situación de la familia establecer cuantas de las personas necesitadas de asistencia, deben ser asistidas por la respectiva economía familiar, y por el respectivo jefe de familia económicamente activo y cuantos en cambio, deben ser asistidos parcial o totalmente, por la colectividad.

La necesidad de esta redistribución de la renta a cargo de la colectividad, varía también en función a la amplitud dentro de la cual, en una determinada economía, las necesidades deben ser satisfechas en el mercado o pueden serlo en el campo de la misma economía familiar, (por ejemplo, en el caso agrícola, la economía doméstica realiza una más amplia acción de autoasistencia). Cuanto menor es el nivel de esta autoparticipación, tanto más elevada es, en línea general, la necesidad de una seguridad social promovida por el Estado.

Los económicamente activos de hoy, resultarán mañana económicamente inactivos. Los activos de hoy pueden transitoriamente estar privados de una renta, por causa de desocupación o enfermedad. La medida y formas de la redistribución de las rentas a la utilidad necesaria dependen, en definitiva, del nivel individual de autoprotección.

Las varias ramas de previsión social constituyen otros tantos aspectos de la protección social, realizada a través de las contribuciones, la redistribución coactiva de las rentas. La economía política y la economía de la previsión social, no se encuentran en una relación de concurrencia sino de dependencia. Tanto menos, la política económica —tutora del libre juego de las fuerzas económicas— tiende a crear normales condiciones de vida, tanto más la política de la previsión social debe intervenir coactivamente para otorgar protección y ayuda. Por consiguiente los objetivos de la previsión social, no pueden ser indicados a priori, pero deben designarse en función del suceso de la política económica. De ello deriva que una gran necesidad de seguridad social estatal, puede significar que las “normales” condiciones de vida son malas. Por ejemplo en el caso de elevadas prestaciones o de un elevado número de pensiones, no se puede concluir que estamos ante un gran progreso social, como parece afirmarse cuando se efectúan comparaciones internacionales.

Es incontrovertible, por otro lado, que también en una buena situación económica y con una política económica que, dentro de los límites posibles, garantice a cada uno, buenas perspectivas de existencia, permaneciendo necesidades que no pueden ser satisfechas, para los grupos laborales de la era industrial, sin una redistribución operada por el Estado.

## INFORMACIONES SOCIALES

**II.—Argumentos económicos contrarios y favorables a la redistribución de la renta.**

Contra la expansión de la actividad estatal en la formación de la renta se señalan los siguientes principios económicos:

1) El producir y el consumir constituyen un solo fenómeno contemplado desde diversos aspectos. Los que participan en el proceso productivo, realizan, a través de la renta que perciben, la posibilidad de continuar trabajando y la protección de sus familiares. Si a continuación de la detracción de las contribuciones sociales, el salario resulta inadecuado para tales fines, surge para los trabajadores la necesidad de integrar la renta o con un aumento salarial, o con una ayuda particular. Actualmente no existe en Alemania, en línea general, el peligro que el salario, después de las detracciones exigidas por la redistribución de rentas, vaya más allá del límite señalado. Sólo para sectores marginales, con retribuciones bajas, o para familias con gran número de hijos, existe tal peligro y en forma aguda.

2) Detracciones muy elevadas pueden destruir el incentivo para el trabajo. Este peligro en la actualidad, no es muy grave en los casos de trabajadores altamente remunerados, a quienes con frecuencia se hace referencia. En cambio, tratándose de modestos asalariados, el peso de las contribuciones e impuestos que en sí mismos serían modestos, resulta así capaz de inducir al trabajador a sustraerse, transfiriéndose al mercado clandestino del trabajo. Además, existen extendidas varias formas —discutibles, pero compatibles con la legislación actual— de simbiosis entre renta de trabajo y renta de pensión.

3) La fuerte intervención en la formación de la renta reduce la autoprotección, en primer término, al sustraer medios que podrían ser economizados a tal fin, y en segundo lugar, al reforzar la convicción que en caso de necesidad, si el individuo no cuida de sí mismo, el Estado le otorgará su ayuda. En efecto, la experiencia ha demostrado que ningún asegurado obligatorio ha sido completamente abandonado, mientras que los que trataron de obtener una forma de autoprotección han sido castigados o penados.

4) La intervención del Estado en la redistribución de las rentas, puede influir en las inversiones. En espera de los resultados de investigaciones económicas más precisas, aún no se puede saber si la disminución de la economía verificada después del apogeo del desarrollo económico de la burguesía y continuada con la introducción de los grandes sistemas de previsión social, supera la acumulación de capital determinado del ahorro obligatorio, precisamente en el campo de la previsión social. Es cierto, igualmente, que se ha verificado una modificación en la dirección de las inversiones: predomina hoy la renta fija, sobre todo en títulos del Estado. En contra, las inversiones en actividades económicas, en las que la productividad tiene una creciente organización, se han ido reduciendo, como consecuencia de esta modificación de rumbo. Ni es indiferente el hecho que la discreción sobre las inversiones, actualmente pase de manos de muchos individuos aislados, personalmente responsables de la realización de las referidas colocaciones, a manos de

## INFORMACIONES SOCIALES

funcionarios del Estado o de instituciones públicas autónomas, cuya competencia y responsabilidad, desde el punto de vista económico, no han sido del todo definidas, al menos hasta ahora con claridad.

A favor de la intervención del Estado en la redistribución de rentas, existen los siguientes argumentos:

1)—Favorece el mantenimiento de la salud y de la capacidad laboral. Los servicios sanitarios públicos y el seguro de enfermedad han contribuido a que hoy las personas en edad de trabajo, se encuentren hábiles en una proporción mucho más elevada que en otras épocas. También las actividades que coadyuvan a mantener o restaurar la capacidad de ganancia, son productivas desde el punto de vista de la economía.

2)—La intervención es justificada por la necesidad de favorecer, por intermedio de actividades particulares, la educación y la formación profesional de determinadas categorías. Es este, por ejemplo, el caso de los huérfanos o de los niños que se encuentran en condiciones desfavorables en lo que respecta a sus posibilidades de educación. De aquí pues, la necesidad de intervenir con medios distintos de los de naturaleza fiscal, destinados a los habituales gastos escolares.

Estas tareas, destinadas a hacer frente a las exigencias de categorías particulares de jóvenes, resultan particularmente onerosas por cuanto hoy la formación profesional exige, en general, un mayor costo que en el pasado. También este tipo de prestaciones sociales, garantizando a las generaciones jóvenes su iniciación en la actividad laboral, constituye una contribución directa y productiva, desde el punto de vista de la política económica.

3)—En el moderno mundo industrial del trabajo, en el que el trabajador constituye el prototipo, no sólo hay prestaciones que ejercitan influencia directa en la productividad, sino también existen prestaciones obvias de ser consideradas como parte integrante del nivel de vida, como factores necesarios para la serenidad de la vida, la que efectivamente constituye una premisa para el empleo productivo de las fuerzas de trabajo. Además si en este campo se exagera, se debe reconocer que por ejemplo, el derecho a las prestaciones del seguro de vejez y sobrevivientes, es parte integrante del *status* del trabajador moderno.

4)—La redistribución de la renta puede contribuir a la política anticíclica cuando verbigracia, ella considere equilibrar los descensos de la renta ocasionados por la desocupación estacional. Estas posibilidades de estabilización están naturalmente limitadas a períodos de breve duración, de pocos antecedentes, el restablecer de condiciones económicas que instauren la plena ocupación. No es posible, pues, luchar mediante asignaciones a desocupados en verdaderas crisis económicas.

En cambio la asistencia a los desocupados y las prestaciones de asistencia pública en general, comúnmente calculadas a fin de garantizar el mínimo vital, ejercitan una sensible influencia en el desarrollo de los salarios. Estas prestaciones constituyen el límite mínimo, bajo el cual los salarios obviamente no pueden ascender, y así evitan que los asalariados en búsqueda de ocupación, puedan aceptar remuneraciones excesi-

## INFORMACIONES SOCIALES

vamente bajas. La creación de este límite de seguridad, sustancialmente ha eliminado las preocupaciones sobre la previsión de la "armada de reserva del trabajo" sobre el nivel de los salarios. La existencia de este límite mínimo impide que disminuciones eventuales de salario en determinados sectores o localidades ocasionan un hundimiento total del nivel salarial. Como equivalente de este efecto estabilizador, se tiene una sensible limitación del salario medio, porque es del mismo ingreso que deben ser extraídos, en gran parte, los medios para el mantenimiento de los desocupados. Por consiguiente un elevado nivel de seguridad social comporta también, una limitación en la elevación de los salarios reales.

### III.—Aspectos de política financiera.

Los efectos de la redistribución de la renta, en el campo financiero, reflejan las consecuencias económicas de las alteraciones del poder de adquisición, determinadas por la redistribución misma. Todo depende del modo como el Estado obtiene de la economía privada los medios para la redistribución. A este respecto pueden distinguirse tres métodos:

1) Antes de la correspondencia del salario bruto pueden verificarse las intervenciones, mediante subvenciones directas o indirectas a una determinada industria o sector productivo, de modo que los salarios respectivos sean elevados a expensas de la parte restante de la población. En realidad es muy difícil saber acertar quién paga estos subsidios, en cuanto sólo caso por caso se puede tratar de determinar en que medida y sobre quién, a consecuencia de la traslación, las subvenciones mismas gravan efectivamente. Estas intervenciones efectuadas antes del pago de salarios tienen importancia sobre todo, en las relaciones industriales y agrícolas, pero no está la oportunidad de profundizar en tal argumento.

2) El segundo método de redistribución consiste en restar del salario, calculado de acuerdo con intereses económicos, las contribuciones e impuestos en el monto necesario para la constitución de cuotas de renta redistribuidas por el Estado.

3) Un tercer método para la redistribución consiste en la concesión de facilidades en los precios, a determinadas personas o categorías. En este caso se trata de una intervención que tiene lugar después del abono de salarios. Este método se está difundiendo en Alemania en el sector edilicio, pero debe considerarse no apto desde el punto de vista social. En efecto tal política ha reconocido en el campo edilicio, en estos últimos decenios varios estudios, desde particulares reducciones de impuestos previstos en la ley sobre el valor locativo, hasta las actuales reducciones, por categorías, de los arrendamientos de mercado, que parecen preluir una completa revisión de esta forma de redistribución de la renta.

Es el segundo de los ya mencionados métodos, relativos a las sustracciones al salario económico, el que merece ser más ampliamente tratado. Conviene ante todo, distinguir entre contribuciones e impuestos:

a) Las contribuciones para la previsión social, pueden representar, según el aspecto que asuman en las distintas ramas de élla, formas diversas de redistribución de renta.

Si se trata de aportes de los empleadores, son transferidos a los

## INFORMACIONES SOCIALES

costos, determinando un aumento de precios y tienen que ser reportados por los adquirientes. Por tanto, pueden ser asimilados a los impuestos indirectos.

Tratándose de contribuciones de los trabajadores, no se tiene redistribución, sino una temporal contracción de los consumos, compensados por las prestaciones que los asegurados pueden gozar. Naturalmente debe observarse que la esencia de toda forma de seguro, incluso del seguro privado, es realizar la repartición general del daño por medio de una redistribución de la renta, al hacer frente a la diversa probabilidad de los riesgos.

La contribución del Estado a la previsión social, emana de los impuestos.

A los fines de estudiar la traslación, las contribuciones de la previsión social pueden ser asimiladas a los impuestos directos. Tanto en el caso de las tasas como de las contribuciones conviene advertir, en circunstancias específicas, en que medida se verifica la traslación; la situación cambia, profundamente en el curso del tiempo, en función a las relaciones de fuerza existentes, en períodos aislados sobre el mercado de trabajo.

Es conveniente remarcar que los gastos por prestaciones sociales otorgadas a los trabajadores por libre iniciativa de las empresas industriales —prestaciones que están adquiriendo siempre mayor importancia— recaen así como las contribuciones de los empleadores, sobre los precios y por tanto, tales prestaciones revisten una notable importancia en el aspecto de la redistribución de las rentas. Las sumas destinadas a los fines antedichos, pueden provenir de actividades de monopolio como de actividades desarrolladas en regímenes de libre competencia. Las prestaciones sociales otorgadas voluntariamente, son proporcionadas en la mayoría de los casos, por las grandes empresas. Es entonces, la población total la que financia, en su calidad de adquiriente, dichas prestaciones, que sólo benefician a un sector de los trabajadores. De aquí se desprende que también los trabajadores de pequeñas empresas, contribuyen a los gastos de las prestaciones sociales de las referidas grandes compañías.

Las prestaciones voluntarias, expresiones de solidaridad laboral e instrumentos de la serenidad del trabajo, constituyen un valioso factor de incremento de la productividad. Ello no evita que tales prestaciones representen una alteración de los niveles salariales, que son determinados en función a la economía del mercado.

b) Obviamente, es diferente el efecto de los impuestos sobre la renta personal para el financiamiento de las prestaciones sociales y de los impuestos indirectos.

Solamente las tasas sobre los ingresos personales pueden determinar una reducción de poder adquisitivo de aquellos contribuyentes en cuyas comparaciones se reputan deseables (a menos que no sean susceptibles de traslación en cuyo momento debe ser juzgado caso por caso). Todas las formas de impuestos indirectos, y en particular los impuestos sobre los consumos, vuelcan las cargas a la generalidad de los consumidores, contribuyendo también los beneficiarios de pensiones y de prestaciones en general. Por consiguiente, en este grupo de personas el dinero pasa de un bolsillo a otro. No es posible calcular que porción de las actuales cargas

## INFORMACIONES SOCIALES

sociales es pagada por la colectividad, incluyendo en ésta a los pensionistas. De todos modos, entre todos los sistemas de financiamiento, solamente las contribuciones de los trabajadores y los impuestos sobre la renta, son con seguridad adecuados para realizar una transferencia de poder de adquisición suficientemente eficaz, habida cuenta del fin que se trata de alcanzar.

No existe un sistema único de financiamiento adecuado para todas las prestaciones sociales. Las contribuciones a cargo del trabajador dependiente, así como la de los autónomos, constituyen la forma natural de financiamiento de las gestiones de previsión social que tienden a funcionar sin necesidad de otros concursos. El aporte de los beneficiarios continúa también donde el financiamiento ha mantenido, cuando menos en parte, carácter de seguro. En cambio, existen numerosos ejemplos extranjeros en los cuales, el sistema contributivo ha sido mantenido sólo por un motivo tradicional, y donde los beneficios han perdido su carácter asegurativo.

En el curso del tiempo la proporción de las tasas a cargo de los patronos ha resultado siempre mayor, en cuanto se hizo más cómoda, pero cuando la previsión social o sus objetivos, recargó los mayores gastos sobre los empleadores, en vez de los trabajadores. La última modificación realizada en Alemania, en este sentido, se ha efectuado con el reordenamiento de las contribuciones del seguro de enfermedad.

Conviene remarcar que esta tendencia a la dilatación de las tasas contributivas de los patronos y a la disminución de las de los trabajadores, contribuye de modo particular a hacer más ilusorio el principio de la previsión social, es decir de la defensa solidaria contra el riesgo.

El criterio de que los empleadores soporten solos las cargas de las prestaciones de previsión social, se justifica a veces cuando la naturaleza del riesgo indica precisamente en los patronos el grupo expuesto al riesgo mismo y parezca oportuno que la colectividad en general proporcione los medios necesarios, mediante la traslación de cargas sobre los precios.

En el caso de prestaciones financiadas con medios fiscales, al aumento del poder adquisitivo de los beneficios debería corresponder, en teoría, una disminución (que sería posible calcular con la misma exactitud) del poder adquisitivo de determinados grupos de personas. Ello podría realizarse si las prestaciones en cuestión fueran financiadas mediante impuestos sobre la renta personal destinada al consumo. Pero cuando fuese aplicado este criterio, los efectos deseados, la transferencia del poder de adquisición se verificaría sólo en el momento de la introducción del sistema. Efectivamente, en etapas sucesivas las manifestaciones de la traslación alterarían rápidamente la situación.

Pero, también un segundo motivo impide valerse del sistema enunciado, teóricamente ideal. Si la tasación del ingreso personal constituye, junto con las contribuciones, la única fuente de financiamiento de los gastos sociales, los egresos fiscales, teniendo cuenta de los impuestos necesarios para las restantes actividades estatales, sería capaz de exigir una progresión de las alícuotas más superiores a la empleada hasta entonces.

Es interesante considerar que los 4/5 de la población activa está constituida por trabajadores que poseen rentas modestas y medias, y que

## INFORMACIONES SOCIALES

la mayor parte de los asalariados independientes (campesinos, artesanos, pequeños comerciantes) o tienen ingresos modestos o no superan las cifras medias. Ante el limitado número de los grandes rentistas no podrían proporcionar los medios necesarios, aunque se hubiesen sometido a gastos fiscales confiscatorios.

Queda pues únicamente la posibilidad de utilizar los impuestos indirectos, que han ido creciendo, en forma paralela al aumento de las cargas sociales. Se obtiene un hecho del todo no deseado: contribuyentes a los impuestos sobre los consumos, los beneficiarios de prestaciones sociales participan en medida creciente, en la recolección de los medios que se exigen para la correspondencia de las prestaciones mismas. Esta creciente utilización de los impuestos indirectos, que presenta los aspectos desfavorables ya señalados, es favorecido por el hecho que, por motivos políticos, se prefieren aquellos sistemas de recaudación de medios financieros que resultan invisibles a los ciudadanos.

Una reforma de las prestaciones sociales debe proponerse a lo que respecta a la recaudación de los medios financieros, de alimentar exclusivamente mediante tasas contributivas, aquellos sectores que por su propia naturaleza, están incluidos en la previsión social. Deberían pues, financiarse, mediante impuestos indirectos o tributos en general, aquellas formas transitorias de asistencia que traen su origen de los efectos catastróficos de la guerra.

En este caso sería errado tratar de realizar, por medio del sistema de financiamiento, una transferencia específica de poder adquisitivo de categoría a categoría.

En cambio en lo que respecta a los futuros desarrollos de la seguridad social en una situación normal de paz, debería adoptarse sistemas de financiamiento, capaces de garantizar, en medida suficiente, la auspiciada transferencia del poder de compra. Por tanto, el legislador cada vez que intervenga en este campo, ante todo debería precisar con exactitud cuál es el último resultado que se pretende alcanzar, desde el punto de vista del transferimiento del poder de compra, y luego seleccionar aquel sistema de financiamiento que aparezca como el más adecuado para la obtención de tal resultado.

La importancia, a los efectos económicos, de la redistribución de la renta no debe inducir a menospreciar el hecho que una redistribución sea realizada también, en gran medida, por el Fisco, en base a criterios de política social.

Todas las disposiciones que contemplan reducciones de impuestos por fines sociales, comportan una redistribución: en efecto, a las facilidades tributarias para algunas categorías, se encuentran los encarecimientos para otras. Porque a los fines de las facilidades fiscales se tiene cuenta de elementos de orden social (egresos por previsión individual, para la educación y mantenimiento de los hijos, para el sostén de otros familiares, o para la protección sanitaria) y de muchos otros elementos que se interfieren en la seguridad social; convendría precisar, en sentido de reforma de las prestaciones sociales, hasta que punto las finalidades sociales del Erario pueden conciliarse con las finalidades de la política social en sentido estricto.

Entre los problemas de economía y de política financiera, relativos

## INFORMACIONES SOCIALES

a las prestaciones sociales, se observa finalmente el de la estabilidad del propio poder adquisitivo. El problema se muestra en toda su agudeza sólo cuando se trata del seguro de vejez y sobrevivientes, por cuanto para las otras prestaciones, el reparto se efectúa contemporáneamente a la recaudación de cuotas. No es justo que el Estado se empeñe en garantizar la estabilidad del poder de adquisición en favor de los recipientes de beneficios, provenientes de la redistribución realizada coactivamente (existen sobre la materia numerosos proyectos de ley), sin proporcionar al mismo tiempo similares garantías a aquellos que se aseguran para la vejez siguiendo el principio de la autoprotección. Pues por dos veces se ha demostrado que el Estado castiga la previsión individual, una política dirigida a mantener y reforzar este tipo de previsión, debe **coherentemente** apoyarse en el principio, según el cual todos deberían tener en el futuro, el mismo tratamiento, a pesar de garantizar su vejez por el seguro voluntario o el ahorro.

### IV.—La distribución social como parte integrante de la economía productiva.

La decisión final sobre la amplitud de la intervención estatal en el reparto de la renta, no puede corresponder solamente a la política económica. El derecho a la protección, por parte de aquellos que no estén en condiciones de proporcionar una prestación económica, ni están suficientemente auxiliados por sus familiares, no puede ser negado, aún cuando desde el punto de vista económico, constituya sólo un egreso. Subsiste por tanto, entre la política social y la política económica, un contraste sustancial, cuya superación no puede realizarse automáticamente.

No existe una fórmula, cuya validez sea demostrable en términos de política económica, apta para determinar la medida de la intervención estatal en la formación espontánea de la renta. Desde el punto de vista de la política social sustancialmente está justificada la intervención en el reparto natural de la renta, en las dos directivas hasta ahora seguidas, lo que hace a veces que la justa medida sea superada y los métodos para la recaudación de medios y para su distribución sean susceptibles de críticas. Las dos directivas son las siguientes:

a) la distribución entre períodos favorables y desfavorables en la vida activa del individuo (períodos de prestación de trabajo que se alternan con períodos de ausencia del trabajo por una causa de enfermedad, desocupación, cambio de profesión y, principalmente, vida laboral frente a la etapa improductiva de la vejez). Esta decisión entre períodos favorables y desfavorables, debería suceder de tal modo que induzca a colaborar al mismo interesado, quien tiene importancia a los fines de la elección del método de financiamiento;

b) la distribución entre la situación de los económicamente fuertes y de los económicamente débiles.

Este segundo tipo ha perdido importancia por causa de la extensión de la previsión social a 3/4 de la población. En cambio, para ser justificada, en el futuro debe asumir modalidades diversas de aquellas

## INFORMACIONES SOCIALES

que tenía al comienzo de la época de la industrialización. El 80% de la población pertenece hoy a las fuerzas del trabajo: además, una gran parte de los trabajadores autónomos integra la categoría de las personas que disponen de medios modestos. No obstante la masa de los impuestos y de las contribuciones debe ser pagada por la mayoría de aquellos que perciben ganancias modestas o medias.

Por otro lado, en la población trabajadora casi ha desaparecido la categoría de familias de recursos extremadamente modestos, que en el siglo pasado eran objeto de la asistencia a los pobres (prescindiendo como es obvio, de los casos particulares determinados por la guerra). Desde la época de Bismarck en que se señaló una contribución pública al seguro de pensiones, no se ha puesto en duda el deber y el derecho del Estado de intervenir obligatoriamente en casos de necesidad, realizando una redistribución de rentas entre los económicamente fuertes y los económicamente débiles. Esta forma de repartición se efectúa sin participación activa de los beneficiarios y debe ser completamente distinta, en cuanto concierne a la obtención de medios, de la forma de distribución citada en el parágrafo a).

No es el caso de considerar sobre el problema sin una carga social de 900 DM a cargo de cada individuo económicamente activo (valuación del Ministerio de Hacienda) sea muy elevada. Desde el punto de vista de la política económica y financiera una limitación de las obligaciones coactivas de la renta es urgentemente necesaria, por cuanto la socialización de las rentas y de los instrumentos de producción no es perseguida únicamente a través de intervenciones en el campo de la previsión social.

Para un siglo se ha juzgado que el progreso social consiste en una creciente ingerencia del Estado en la propiedad y en los ingresos: **“Las épocas de seguro progreso social, de creciente cohesión de las energías son al mismo tiempo, épocas en las cuales aumenta la riqueza común, y no sólo del Estado sino de los grandes órganos sociales y se acentúa la subordinación de la propiedad individual a los fines colectivos”** (Gustav Schmoller, *Die Soziale Frage* — Munich y Leipzig, 1918).

Hoy debemos exigir en cambio, que esta transferencia de poderes y de responsabilidad no nos conduzca a fines muy lejanos, tan lejanos que limitarían en forma insoportable la libertad y la iniciativa personal, la responsabilidad de los individuos, de las familias, de los grupos y categorías.

## CONCLUSIONES

I.—La responsabilidad de la protección social no puede ser dejada ni al individuo ni a la sociedad, por cuanto el hombre no es individuo aislado, pues por su esencia, es también ser social, de modo que su bien y su mal, y el bien y el mal de la sociedad están ligados por una mutua relación.

En el campo de cada grupo social, todo individuo es y permanece responsable de las situaciones de necesidad de los otros individuos.

II.—Así como los menores grupos sociales no deben extender la propia competencia a aquello que el individuo aislado puede obtener con sus propias fuerzas y en el ámbito de su responsabilidad, los grandes grupos

## INFORMACIONES SOCIALES

sociales no deben asumir tareas que pueden ser realizadas por los menores grupos sociales.

Por otro lado, los grandes organismos tienen el derecho y el deber de intervenir, en forma auxiliar e integrativa, cuando las fuerzas del individuo aislado o de los pequeños grupos sociales se revelen insuficientes (principio de la subsidiaridad).

III.—Las medidas de seguridad social deben tener particular cuenta del principio de la subsidiaridad, cuando se dirigen a la familia considerada como instrumento de protección de sus miembros. En efecto, según el modo cómo la ayuda es concedida, la familia puede resultar reforzada o debilitada.

IV.—En el ámbito de la protección social, el Estado tiene las siguientes obligaciones:

a) favorecer, mediante la dictación de normas de carácter general, la actividad de los organismos existentes, públicos o privados, que actúan en el campo de la protección social y alentar la benéfica colaboración;

b) promover y facilitar las instituciones colectivas independientes de protección social;

c) crear instituciones estatales de protección social, siempre que las tareas por resolver superen las fuerzas de otras organizaciones sociales.

V.—Un Estado que interviene en favor de sus ciudadanos, para aliviar los daños causados por la guerra u otra calamidad imprevista, no se puede considerar todavía como “Estado Asistencial”. La tendencia a esta forma se observa cuando el Estado mismo persigue la eliminación de la autoprotección individual y de la capacidad de protección de los pequeños grupos sociales, satisfaciendo directamente la aspiración de los individuos de una protección social (repudio del principio de subsidiaridad).

VI.—En la actual sociedad industrial —donde las necesidades siempre tienden a ser cubiertas mediante un trueque y donde los grupos desprovistos de patrimonio resultan siempre más numerosos—, la protección social no puede realizarse sino mediante instituciones especiales. Estas instituciones, a veces estatales, constituyen parte integrante de la sociedad y sus obras representan para el hombre un factor irrenunciable de serenidad.

VII.—Las rápidas transformaciones de las situaciones sociales y económicas en la época industrial, hacen necesaria para las instituciones y las normas de la protección social, una adecuada flexibilidad. Principalmente para aquellos casos en los cuales la medida de las prestaciones y los límites para la exclusión del número de personas protegidas, están expresadas en términos monetarios.

VIII.—La actual situación social no autoriza a considerar, en todo caso al trabajador como económicamente débil. Son económicamente débiles, no obstante la autonomía y propiedad de que dispongan, muchas otras personas de los grupos económicamente activos.

IX.—No es posible limitar las prestaciones, a determinados grupos de personas o a determinadas categorías sociales, cuando las prestaciones

## INFORMACIONES SOCIALES

mismas tengan carácter preventivo, por ejemplo la asistencia a los jóvenes o el cuidado de la salud.

Una organización basada en un tipo de prestaciones antes que sobre grupos de beneficiarios, no excluye que para el mismo tipo de prestaciones actúen diversas instituciones gestoras. Se consigue que las prestaciones sean adecuadas en medida indiferenciada y sin participación de los gastos. El principio de la subsidiaridad mantiene también aquí su valor.

X.—En la moderna economía productiva cada uno debe ser consciente de la interdependencia que existe entre la prestación económica y la propia renta. Esta interdependencia se rompe si la redistribución de la renta, a través de la protección social, ocupa una gran porción de la renta del trabajo, perjudicando su incentivo.

XI.—Todos los sectores de la política estatal, y no solamente la política social, (por ejemplo en la política económica, en la financiación, en la institución pública, en la política de la vivienda) persiguen objetivos de política social. Por tanto el legislador debe tener presentes todas las posibilidades que se le ofrecen en el amplio campo legislativo, si quiere mantener la protección social dentro de sus exactos lineamientos.

XII.—No se puede considerar progreso social, el hecho que sean transferidas al Estado, nuevas obligaciones de protección del individuo. El último fin debe ser el realizar y mantener para todos el más alto nivel de autonomía individual.

(Transcripción de la Revista "Previdenza Sociale" N° I.—Enero-Febrero, 1956, págs. 63-88, Roma, Italia).

# *Boletín Institucional*

## **INCORPORACION DEL NUEVO PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO**

En sesión del Directorio de la Caja, fecha 28 de agosto último, fué incorporado como Presidente del mismo, en su calidad de Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, el doctor Jorge Haaker Fort.

El Director-Gerente, señor Ernesto Zapata, al exteriorizar la complacencia del Consejo por este hecho, recordó que el doctor Haaker Fort se hallaba vinculado, desde hace varios años, a la obra de los seguros sociales, lo que garantizaba su eficaz gestión como Presidente del Consejo para los intereses institucionales y para la solución de los problemas pendientes.

El señor Ministro de Salud Pública al agradecer las frases del señor Zapata, manifestó que cumplía el encargo del señor Presidente de la República de expresar sus saludos a los señores miembros del Consejo Directivo, ofreciendo brindar su cooperación a la obra institucional.

## **ADQUISICIONES Y MEJORAS HOSPITALARIAS**

El Consejo, en su reunión anteriormente citada, aprobó las siguientes adquisiciones y mejoras, tendientes a perfeccionar el funcionamiento de sus nosocomios en servicio o al equipamiento de los que actualmente se encuentran en avanzada etapa de edificación.

### **1.—Hospital Obrero de Lima.—**

a).—La compra e instalación de una Central de Oxígeno para la asistencia de prematuros en el servicio de Maternidad por un valor de U. S. \$ 1,034.11.

b).—Reparación de los ascensores "Otis" en el Pabellón "A" por un monto de S/. 71,500.00

### **2.—Hospital Obrero de Huacho.—**

a).—Construcción de un cerco destinado a circundar los terrenos adquiridos para las obras de ampliación del Hospital, y cuyo presupuesto

## INFORMACIONES SOCIALES

to de S/. 117,246.53, fuera aprobado por el Departamento de Ingeniería.

b).—Obras de pintura general de la planta baja por la suma de S/. 138,948.39.

### 3.—Hospitales de Huariaca y Cerro de Pasco.—

a).—Compra de globos de vidrio y plafoniers por un total de S/. 41,420.00, destinados a los distintos departamentos del Hospital de Huariaca.

b).—Instalación de un calentador de agua por S/. 18,300.00.

c).—Compra de revestimiento plástico "Muratex" para los zócalos de los corredores de los hospitales de Cerro de Pasco y Huariaca por un valor de U. S. \$ 1,005.40 para el primero y U. S. \$ 1,680.25 para el segundo.

## AUMENTO DEL VALOR DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS

El Consejo acordó abonar a la Negociación Chichín S/. 5.00 por consulta médica, en lugar de S/. 4.00, y S/. 20.00 por día-cama-hospital, en sustitución de los S/. 14.00 que se le pagaba.

Se acordó aumentar de S/. 30.00 a S/. 36.00 por día-cama-hospital, partir del 1º. de agosto, el valor de la estancia a la Beneficencia Pública del Callao.

## NUEVO LOCAL PARA LA OFICINA DEL SEGURO SOCIAL DEL CALLAO

En la misma reunión, el Consejo acordó tomar en arrendamiento un nuevo local para la Oficina del Callao por la merced conductiva de S/. 2,000.00 al mes, el mismo que ha sido recientemente construido y se halla ubicado en lugar céntrico.

## GRUPO ELECTROGENO MOVIL PARA LA SUPERINTENDENCIA DE HOSPITALES

El Consejo autorizó la adquisición de un grupo electrógeno "Siemens-Dentz" de 55.2 Kw.—69 KVA por el precio de U. S. \$ 5,573.68 para uso de la Superintendencia, en auxilio de las centrales eléctricas de los hospitales de provincias.

## NOMBRAMIENTO DE DELEGADOS

Se aprobó también en la citada reunión la designación del doctor Guillermo Almenara, como Representante de la Caja para integrar la Comisión encargada de formular el anteproyecto del Código Sanitario del Perú.

Asimismo se acordó nominar al doctor Jorge Avendaño Hub-

## INFORMACIONES SOCIALES

ner, Jefe del Departamento de Laboratorio y Banco de Sangre del Hospital Obrero de Lima, para que integre la Comisión que prepara el anteproyecto de Organización de un Banco Nacional de Sangre.

### ASISTENTE ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL OBRERO DE HUACHO

Propuesto por el Superintendente General de Hospitales, fué designado para el cargo de rubro, el señor Julio Hoyle, actual empleado del Departamento de Contabilidad de la Oficina Matriz.

### NUEVAS BASES DEL SEGURO SOCIAL OBRERO

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

La Comisión estará compuesta por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Presidente del Consejo, quien la presidirá; por el Delegado Patronal, señor Eugenio Isola; por el Delegado Obrero, señor Carlos Hernández; el Director-Gerente, señor Ernesto Zapata; y los funcionarios de la Caja doctor Jorge A. Valcárcel, Jefe del Departamento de Estudios Sociales y Económicos y el doctor Guillermo Vidal, del Departamento de Riesgos Diferidos.

Se acordó también constituir una Comisión para que estudie el problema de la asistencia médica en el Seguro Obrero, con miras a mejorar y extender la asistencia en todos sus aspectos. Dicha Comisión estará presidida por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, formada por el doctor Ricardo Palma, Delegado de la Facultad de Medicina; el Superintendente General de Hospitales, doctor Guillermo Almenara; el Director del Hospital Obrero de Lima, doctor Juan A. Philipps; el Presidente del Cuerpo Médico del Hospital Obrero de Lima, doctor Guillermo Stiglich; y el Director de un Hospital de Provincias, que será oportunamente designado por el Presidente de la Comisión.

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

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

Finalmente, se resolvió iniciar ante el nuevo Gobierno, las gestiones hechas ante el anterior régimen para que sean pagadas las cuotas del Estado, adeudadas desde 1952 a 1955 y que exceden de Cien Millones de Soles.

## INFORMACIONES SOCIALES

### PRIMERA REUNION DE LA COMISION TECNICA "A"

Bajo la presidencia del doctor Jorge Haaker Fort, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social y con la concurrencia de sus miembros señores: Eugenio Isola, Delegado Patronal, Carlos A. Hernández, Delegado Obrero; Aurelio Díaz Ufano, Delegado de la Federación Médica Peruana; Ernesto Zapata, Director-Gerente de la Caja y Jorge A. Valcárcel, Jefe del Departamento de Estudios Sociales y Económicos de la misma, se instaló, con fecha 28 de setiembre la Comisión del rubro.

En dicha reunión se acordó, como método mayormente recomendable para adelantar los trabajos de la Comisión, el de llevar a cabo el estudio sistemático de las disposiciones del régimen legal de la Caja frente a las contenidas en el Convenio N° 102, sobre "Normas Mínimas de Seguridad Social" a fin de que, con vista a ese análisis, se emitiera pronunciamiento sobre las materias que exigiesen decisión de esta clase, habiéndose tomado conocimiento y cambiado ideas sobre dos Memorandums preparados por la Gerencia, el primer de los cuales se refería a la comparación de los riesgos enumerados en el antedicho instrumento internacional y los contemplados en la legislación vigente de seguro obrero y riesgo profesional; y el segundo, a las personas actualmente protegidas por el seguro.

La Comisión acordó tomar resolución sobre estos puntos en la próxima reunión.

### ANIVERSARIO DE LA CAJA NACIONAL DEL SEGURO SOCIAL

El 12 de agosto último celebró la Caja el Vigésimo Aniversario de la promulgación del proyecto de ley de creación del Seguro Social Obligatorio, del que fué autor el doctor Edgardo Rebagliati y cuya iniciativa para su estudio y posterior sanción por el Congreso, bajo el número de Ley 8433, se debió a la indesmayable decisión del entonces gobernante Mariscal Oscar R. Benavides.

En conmemoración de esa fecha, se efectuó una romería al Cementerio General ante el Mausoleo en que reposan los restos del preclaro estadista fallecido, en la que hizo uso de la palabra el señor Ernesto Zapata Ballón, Director-Gerente de la Caja, con palabras recordatorias propias del acto y su significación, depositando a continuación una ofrenda floral. A esta ceremonia concurrieron miembros de la familia Benavides y funcionarios del Seguro Obrero y del Empleado.

Sin embargo, la celebración por parte de la Caja no se ha limitado a los actos conmemorativos enunciados, sino a la exhibición en el escenario del país de una obra objetiva, fecunda y ampliamente librada al juicio público.

En efecto, el lapso transcurrido ha sido para la Institución una etapa plena de realizaciones y proyección hacia el futuro que la ha llevado a la constitución de su propio armamento sanitario integrado por 12 hospitales y 2 policlínicos con 2,102 camas, en los que otorga, a sus asegurados, los beneficios del riesgo de enfermedad-materni-

## INFORMACIONES SOCIALES

dad, permitiendo así un mejor control y una mayor eficacia de las prestaciones.

En la actualidad, la Caja está por concluir dos nuevos nosocomios: el Hospital Obrero de Huariaca y el de Cerro de Pasco con una capacidad de 150 y 33 camas, respectivamente, que permitirán incluir en la esfera de protección del seguro a un nuevo grupo de trabajadores de las indicadas zonas mineras.

Conviene remarcar que la totalidad de estos establecimientos sanitarios y dependencias conexas, en los que se dispone de los más modernos equipos de diagnóstico y tratamiento, responden a la más depurada técnica y están planeados, contruidos, dotados y funcionando con arreglo a las indicaciones científicas que garantizan la eficacia de las prestaciones, la eficiencia de su rendimiento y la seguridad de la inversión.

Abona este aserto, la demanda sempre creciente de prestaciones por parte de los asegurados, que recurren a nuestros hospitales, seguros de que en los mismos encontrarán una asistencia de óptima calidad.

Ello, por otro lado, ha originado que los gastos del riesgo hayan aumentado de S/. 105'695,316.04 en 1954 a S/. 122'616,594.85 en 1955, lo que es atribuible, además de la razón antedicha, al aumento de la población asegurada y al alto costo de la asistencia médica especializada que otorga la Caja a los beneficiarios.

La Caja se encuentra avocada en el momento, como se ha dicho en párrafos anteriores, a través de las dos Comisiones nombradas, a la formulación de las nuevas bases de funcionamiento del régimen y al estudio del problema de la asistencia médica, con miras a mejorarla y extenderla, lo que garantiza un promisor futuro a nuestra Institución, que justifica así, ampliamente, la finalidad para la que fué creada.

### PRESTAMOS OTORGADOS POR EL FONDO DE EMPLEADOS

Incluimos seguidamente, la relación de servidores de la Caja que han obtenido préstamos para la construcción, ampliación, reconstrucción o compra de viviendas destinadas a casa-habitación:

#### SESION DE 20 DE JUNIO DE 1956

Sra. Victoria Cornejo de Esquivel . . . . .	S/.	68,422.03
Sr. Alejandro Montes de Oca . . . . .	”	28,900.00
Srta. Esperanza Romero Gonzáles del Valle . . . . .	”	35,927.29
Sr. Julio Díaz Santa Cruz . . . . .	”	82,381.04
Sra. Ana M. Castañeda de Patrón . . . . .	”	42,594.74
Sr. Rogelio Herrera Reboso . . . . .	”	45,000.00
Srta. Irma Montenegro Goso . . . . .	”	44,000.00
Sr. Guillermo Arce Moscoso . . . . .	”	51,000.00
Srta. Luisa Vásquez Costa . . . . .	”	40,000.00
Srta. Isabel Arriola Navarro . . . . .	”	28,000.00
Dr. Luis Vinatea Montenegro . . . . .	”	77,804.32
Sr. Carlos Nassi Cortez . . . . .	”	61,161.68
Sra. Carmela Reyna de Gols . . . . .	”	40,000.00

INFORMACIONES SOCIALES

Sr. Ernesto Loayza Bustamante	36,300.00
Sr. Manuel Antonio Tantaleán Díaz	41,000.00
Sra. Rosa Velarde de Chinchilla	64,074.14
Sr. José Vinatea Urdanivia	63,000.00
Dr. Pedro Antonio Icochea Icochea	204,512.50
Srta. María Luisa Figueroa Byrne	59,955.09
Srta. Rosario Pardavé García	43,767.72
Sr. Jorge Chávez Goñi	160,000.00
Srta. Virginia Fernández Gonzáles del Valle	42,000.00
Sra. Edelmira Altamirano G. de Delgado	68,422.33

AMPLIACIONES

Dr. Luis Giove Deacon	S/. 38,000.00
Sra. Esther Ferreyra de Gamarra	16,300.00
Sr. Fernando Camacho y Carmen de Camacho	12,000.00
Dr. Pedro Calosi Razzetto	33,158.37
Dr. Carlos Alberto Seguin	21,208.55
Dr. Julio Napanga Agüero	28,254.45
Sr. Américo Ormeño Collado	47,015.45
Dr. Carlos Bustamante Ruiz	37,813.22
Sr. Edmundo Pérez Villareal	23,947.92
Sr. Erasmo Obreros Vergara	22,467.56
Sr. José Guillermo Calmet Toledo	15,900.00
Sr. Jacinto Ramírez Sica	13,829.41
Sr. Eduardo Borda Zaldiva	48,783.73
Dr. Leopoldo Molinari Balbuena	27,453.12
Sr. José Villa Colichón	22,883.63
Sr. Carlos Lara Amant	17,474.76
Sr. Víctor Manuel Rivera Burga	18,306.89
Dr. Carlos Fitzgerald Fischers	25,293.49

SESION DE 8 DE SETIEMBRE DE 1956

Srta. Clara Díaz Montoya	S/. 57,000.00
Srta. Rosa Victoria Solís Rueda	45,000.00
Sr. Carlos Rivera Zapata	213,847.46
Sra. Victoria Cándor L. de Pérez	43,737.72
Sr. Eduardo Palao Díaz	83,005.14
Sra. Ernestina Molina de Rojas	44,623.07
Sra. Elcira Barrantes de Centurión	76,556.12
Srta. Julia Cánepa Vera	71,500.00
Sr. Juan Melec Fajardo B.	213,869.09
Srta. Rebeca Susanabar Izaguirre	28,000.00
Sra. Rosa Patiño de Rodríguez	24,000.00
Sr. Julio García Pancorvo	136,157.56
Srta. Carolina Scholl v. Hohemblum	52,120.62
Srta. Elvira del Río Longoni	68,422.03
Sr. Federico Gutiérrez S.	96,111.22

**INFORMACIONES SOCIALES**

Sr. Wilfredo Hurtado de Mendoza ... ..	„	111,000.00
Sra. Gladys Lecca de Tamayo ... ..	„	52,424.30
Srta. Alejandrina Vilchez de Cristóbal ... ..	„	47,681.15
Srta. María Migliori Migliori ... ..	„	72,000.00
Srta. Yolanda Alvarez Castillo ... ..	„	41,065.70
Sr. Carlos Benavides Freundt ... ..	„	169,754.88
Srta. Aída Pilaes Polo ... ..	„	72,083.41
Sr. Celso Rodríguez Canseco ... ..	„	120,000.00

**REMISION DE HIPOTECA**

Sr. Antonio Tori Castro ... ..	S/.	90,000.00
--------------------------------	-----	-----------

**AMPLIACIONES**

Sr. Eulogio Pimentel Hernández ... ..	S/.	24,938.62
Sr. Erasmo Carranza Irribarren ... ..	„	16,000.00
Sr. Henry Biber P. ... ..	„	21,406.59
Sr. Victor E. Berrios ... ..	„	24,430.56
Sr. Alfonso Serpa Vargas ... ..	„	22,467.56
Sr. Carlos Peschiera Carrillo ... ..	„	19,748.57
Sr. Andrés Oropesa E. ... ..	„	5,000.00
Sr. Alfonso Arce Ramos ... ..	„	20,961.40
Sr. Guillermo Salcedo Felipa ... ..	„	7,000.00
Sr. Luis V. Alcedán ... ..	„	24,256.64
Srta. María Iturrizaga ... ..	„	40,456.00
Dr. Guillermo Barboza Falconí ... ..	„	26,771.76
Sr. Carlos Neuenschwander Landa ... ..	„	29,784.49

**MOVIMIENTO DE ASEGURADOS EN EL MES DE,  
AGOSTO DE 1956**

Insertamos a continuación un cuadro proporcionado por nuestro Departamento de Afiliados, que nos muestra el movimiento de la población asegurada en el período del rubro, en las diversas zonas afectas a la acción asistencial de la Caja:

En ese lapso han sido extendidos 438 duplicados de libretas de asegurados, habiéndose canjeado 3,416 libretas.

En cuanto a nuevas inscripciones, se han registrado como asegurados obligatorios 4,234 trabajadores, han reingresado 1,519 y se ha reinscrito a 5 inválidos recuperados y se han efectuado 768 rectificaciones de libretas, o sea, que en el mes de agosto se ha operado con un total de 9,175 asegurados activos.

Es interesante anotar que del total general de 365,891 asegurados activos existentes al 31 de agosto, 181,227 corresponden a la zona de Lima, cifra ligeramente inferior al 50% del monto de afiliados, siguiéndole las zonas de Chiclayo con 30,708 asegurados, Chancay con 27,640, Callao con 17,340, Chochope con 16,684, Arequipa con 15,283, Ica con 14,550 y Yauli con 14,412.

## MOVIMIENTO DE ASEGURADOS DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1956

Zona	Dup.	N. I.	Rect.	Canje	Reing.	F. D.	I. R.	Total	ENERO JULIO	TOTAL A LA FECHA
Lima . . . . .	306	1,987	566	2,042	942	—	3	4,974	176,253	181,227
Piura . . . . .	6	162	8	57	37	—	—	256	9,105	9,361
Chiclayo . . . . .	27	255	30	182	93	—	—	530	30,178	30,708
Chocope . . . . .	3	115	4	33	4	—	—	152	16,532	16,684
Trujillo . . . . .	11	267	22	19	31	—	—	317	9,329	9,646
Chancay . . . . .	19	260	39	249	74	—	—	583	27,057	27,640
Yauli . . . . .	8	351	20	66	72	—	—	489	13,923	14,412
Cañete . . . . .	5	95	4	45	9	—	—	149	12,126	12,275
Callao . . . . .	11	113	22	123	54	—	—	290	17,050	17,340
Chincha . . . . .	7	96	7	44	35	—	—	175	10,002	10,177
Ica . . . . .	21	63	19	362	88	—	3	516	14,034	14,550
Pisco . . . . .	7	326	5	30	34	—	—	390	6,198	6,588
Arequipa . . . . .	7	144	22	164	46	—	—	354	14,929	15,283
<b>TOTAL: . . . . .</b>	<b>438</b>	<b>4,234</b>	<b>768</b>	<b>3,416</b>	<b>1,519</b>	<b>—</b>	<b>6</b>	<b>9,175</b>	<b>356,716</b>	<b>365,891</b>
Ener./Julio . . . . .	1,881	31,830	4,741	314,327	10,497	21	41	356,716	—	—
To'al a la fecha . . . . .	2,319	36,064	5,509	317,743	12,016	21	47	365,891	—	—

# Información Nacional

## INAUGURACIONES HOSPITALARIAS

En el mes de julio del presente año han sido inaugurados oficialmente los Hospitales Naval, Militar, del Seguro Social del Empleado, y el de Primeros Auxilios. Las características generales de estos nuevos centros asistenciales son las siguientes:

**CENTRO MEDICO NAVAL.** — Construido sobre un área total de 204,700 metros, con 35,722 metros cuadrados de edificación y capacidad inicial de 302 camas ampliables a 722 distribuidas en cinco pisos centrales y dos pabellones laterales de 3 plantas cada uno. En el primer piso central se encuentran las oficinas generales; en el segundo consultorios y residencias de médicos; en el tercero las salas de operaciones. En el cuarto y el quinto pisos hay 46 camas de medicina y cirugía y 30 de maternidad.

En los pabellones laterales se encuentran las salas de hospitalización para personal subalterno.

**HOSPITAL MILITAR.** — A un costo de 126 millones de soles, el nuevo Hospital Militar cuenta con 964 camas y ocupa un área total de 62,900 metros cuadrados, siendo la edificada de 89,152 metros cuadrados.

Posee seis pabellones, tres de ellos para la atención de pacientes (admisión, policlínico, consultorios, clínica, cirugía general, tuberculosis, etc.) y los tres restantes para los servicios (cocinas, lavandería, comedores, dependencias, escuela de aplicación de sanidad de enfermeros, de sanitarios y alojamiento del personal).

El Hospital cuenta además con ocho modernas salas de operaciones.

**HOSPITAL DE PRIMEROS AUXILIOS.** — Funcionó anteriormente como Puesto de Emergencia, habiendo sido ahora transformado en Hospital de Primeros Auxilios, cuenta con servicios de medicina general, traumatología, cirugía torácica, neumocirugía, anestesia, laboratorio, banco de sangre, radiología, etc.

Posee dos salas de hospitalización con 6 camas cada una, de neurocirugía y cirugía del tórax, tópicos para la recepción de enfermos, tópicos para ginecología, otorrinolaringología y oftalmología, y una estación para enfermeras.

Dentro del proceso de reorganización general se ha planeado la integración y coordinación de servicios entre el Hospital de Primeros Auxilios y los puestos auxiliares que funcionan distribuidos en la Capital y Bañeríos.

**HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO.**—Construido por el Seguro Social del Empleado sobre un área total de 168 mil metros cuadrados, y una capacidad de 855 camas, ampliables a 1,250.

## INFORMACIONES SOCIALES

El Hospital cuenta con cuartos individuales y de dos camas, correspondiendo 363 camas a maternidad y 492 a medicina general.

La inversión total efectuada en este centro asistencial, incluyendo equipos e instalaciones, asciende a S/o. 203'947,944.00, hasta la fecha.

## NUEVO LOCAL DEL DEPARTAMENTO DE HIGIENE INDUSTRIAL

A un costo de S/o. 1'700.000.00, fué entregado al servicio, el nuevo local del Departamento de Higiene Industrial, organismo que cumple en el país funciones de protección y mejoramiento de la salud de los trabajadores fabriles, mineros e industria en general. Conviene citar que el Programa de Cooperación Técnica de los Estados Unidos de América, ha facilitado la suma de 25 mil dólares para la adquisición de equipos necesarios de laboratorios químicos, equipos de exámenes médicos, equipos de ingeniería., etc.

## INAUGURACION DEL EDIFICIO DE LA CENTRAL DE ASISTENCIA SOCIAL

Con fecha 21 de julio pasado, se realizó la inauguración del nuevo edificio de la Central de Asistencia Social, construido con recursos provenientes de aportes privados e impuestos especiales. En este edificio funcionará el Hogar Transitorio del Niño, que permitirá albergar a 400 niños pobres.

## ASOCIACION MUTUALISTA DE EMPLEADOS PUBLICOS

Por Decreto Supremo Nº 99, de 9 de julio de 1956, han sido aprobados los Estatutos de la Asociación Mutualista de Empleados Públicos, encargando al Ministerio de Justicia y Culto la adopción de las disposiciones vinculadas con la organización de la Asociación.

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

**Campo de aplicación.**—Pertenece a ella con carácter obligatorio, todos los empleados públicos que prestan servicios en los Ministerios, Municipalidades, Compañía Administradora del Guano, personal administrativo de la Universidad Mayor de San Marcos, de la Universidad Nacional de Ingeniería, Fondo de Salud y Bienestar Social y demás entidades que manifiesten su deseo de incorporarse. Están comprendidos con carácter voluntario, los actuales cesantes o jubilados y los pensionistas por montepío no mayores de 70 años y los miembros del Clero católico que sirvan en plaza específica designada en el Presupuesto de la República.

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

**Ingresos.**—Los recursos de la Asociación estarán constituidos por las cuotas ordinarias y extraordinarias de ingreso, las cuotas mensuales,

## INFORMACIONES SOCIALES

los intereses bancarios, utilidades obtenidas en inversiones, donaciones y legados, rentas que asigne el Estado, etc.

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

La cuota extraordinaria de ingreso será abonada en forma conjunta con la ordinaria por quienes al momento de inscribirse en la Institución, tengan más de 50 años de edad; dicha cuota será de S|o. 10.00 por cada año de edad superior a 50. Las cuotas mensuales para los asociados obligatorios será de S|o. 30.00, 25.00 y 20.00, de acuerdo con las remuneraciones citadas líneas antes.

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

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

El derecho a prestaciones está subordinado al lapso de ingreso del asociado, funcionando los beneficios en su integridad al cumplirse el primer año de su afiliación.

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

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

El Directorio, estará integrado por 9 miembros: 3 designados por el Gobierno y 6 elegidos por la Junta General. Los cargos del Directorio serán: Presidente, Vicepresidente, Secretario y Directores. Son funciones del Directorio: supervigilar el funcionamiento de la Asociación, cumplir y hacer cumplir las disposiciones estatutarias, convocar a Junta General, sancionar el proyecto de gastos administrativos, proponer a la Junta General enmiendas a los estatutos, nombrar o separar el personal al servicio de la Asociación, designar un Director de Turno cada 30 días, nombrar un administrador, etc.

## INDICE DEL COSTO DE VIDA

De conformidad con la información proporcionada por la Dirección Nacional de Estadística, ofrecemos un cuadro resumen de las variaciones ocurridas durante los seis primeros meses de 1956, siempre tomando como base los precios del trienio 1934-1936:

## INFORMACIONES SOCIALES

Base 1934 - 1936 = 100

Enero .. . . . . . . . . . .	701.07
Febrero .. . . . . . . . . . .	703.10
Marzo .. . . . . . . . . . .	706.22
Abril .. . . . . . . . . . .	710.00
Mayo .. . . . . . . . . . .	713.41
Junio .. . . . . . . . . . .	716.59

Comparando estas variaciones con las registradas en igual lapso de 1955 se observa un mayor incremento en el presente año, que gradualmente ha ido progresando hasta diferenciarse en 34.02 puntos del índice general de precios de 1955.

Considerando los precios por rubros, es decir por los factores principales integrantes del costo general de vida, tenemos el siguiente cuadro, referido igualmente al primer semestre:

Meses	Alimentación	Habitación	Indumentaria	Diversos
Enero . . .	870.2	335.0	681.3	512.0
Febrero . . .	870.9	357.0	682.0	520.0
Marzo . . . .	873.8	359.0	683.0	527.0
Abril . . . .	878.7	361.0	687.8	528.0
Mayo . . . .	883.7	363.0	687.8	530.0
Junio . . . .	888.6	364.0	687.8	532.0

Al efectuarse la comparación de estos índices con los verificados en el año 1955 (alimentación 849.5; habitación 341.5; indumentaria, 664.0 y diversos 494.5), se observa igualmente una elevación marcada.

### DESARROLLO DEL PROGRAMA ANDINO

Dos proyectos están actualmente operando en el Perú, el de desarrollo económico y social de la región situada a orillas del Lago Titicaca, en el departamento de Puno, y el de mejoramiento de las actuales condiciones de migración de los indígenas de Puno hacia el valle de Tambopata. Esta segunda labor persigue como objetivo facilitar a los indígenas migrantes, los oficios profesionales que les permita afrontar en condiciones favorables, los problemas creados por su traslado a medios de vida diferentes.

El programa en Puno mantiene tres centros de actividad: Chucuito, Camicache y Taraco. En el primero de los nombrados se han instalado talleres de carpintería y mecánica, utilizándose las herramientas facilitadas por el CARE; en Camicache, al centro de la península de llave, que cuenta con unos 35,000 habitantes, están en construcción los locales donde se instalarán los talleres de formación profesional; se intenta por otro lado, mejorar la ganadería de la región, resolviendo el problema de la alimentación del ganado durante los meses de invierno; es interesante anotar la gran colaboración de los pobladores en la realiza-

## INFORMACIONES SOCIALES

ción de las obras de mejoramiento social, así como en la habilitación y siembra de 35 hectáreas de alfalfa y pasto con semillas proporcionadas por el programa.

Finalmente, en Taraco se instalará el equipo agrícola donado por la Confederación de Sindicatos de Alemania, habiéndose iniciado además un programa experimental de semillas.

Igualmente existe el proyecto de crear un determinado número de unidades médicas, que quedarán incorporadas a los servicios de salud del Ministerio del ramo.

### LABOR DEL FONDO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Entre los años 1952 y 1955 el Fondo ha invertido 585 millones de soles cuya distribución a continuación se indica:

	en millones de soles
Subsidios a Beneficencias . . . . .	52'5
Campañas de Salud Pública . . . . .	17'0
Préstamos a Instituciones de Asistencia Social	76'0
Construcción de Viviendas . . . . .	210'0
Construcciones Hospitalarias . . . . .	107'0
Saneamiento de poblaciones . . . . .	8'0
Subsidios a Centros Asistenciales . . . . .	28'0
Supremo Gobierno Ley 12133 . . . . .	72'5
	585'0
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>585'0</b>

Los ingresos del Fondo entre los años 1952-1955 han sido los siguientes:

1952 . . . . .	110'
1953 . . . . .	132'
1954 . . . . .	162'
1955 . . . . .	181'
	585'
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>585'</b>

Se ha calculado que en el curso de 1956 sus ingresos totales ascenderán a S|. 189'972,665.28 en concepto de contribuciones y S|. 11'974,680.00 provenientes de arrendamientos y amortizaciones.

En el presupuesto de egresos de 1956, se ha considerado la suma seis millones de soles para atender a las campañas de salud pública, S|. 3'857,259, para ayudar al sostenimiento del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, S|. 400,000 para el Servicio de Asistencia Pública de Lima, y S|. 900,000 para los restaurantes populares.

### CONSTRUCCION DE VIVIENDAS EN "EL AGUSTINO"

En el mes de agosto se han iniciado los trabajos de construcción de 102 casas de tipo popular, de acuerdo con el plan vigente de la Corporación Nacional de la Vivienda, las que serán entregadas por el sistema de alquiler-venta.

## INFORMACIONES SOCIALES

El costo unitario de estas casas-habitación, incluyendo el valor del terreno, asciende a S/o. 42,000.00, siendo el tamaño de los lotes de 8 metros por 25, o sea 200 m<sup>2</sup>. Las casas que actualmente se construyen cuentan con un patio garage, dormitorio, comedor, servicios y un espacio suficientemente amplio para el desarrollo de la pequeña industria casera.

La nueva Urbanización "El Agustino" cuenta con un área de 200,000 m<sup>2</sup>. y está situada entre las pistas de Chosica y La Atarjea, contando a la fecha con aceras, servicios de agua y desagüe y alumbrado eléctrico. Esta Urbanización será destinada a trabajadores de modestos recursos económicos.

### PRIMER SEMINARIO LATINOAMERICANO DE VACUNACION ANTIVARIOLICA

Entre el 19 y el 26 de agosto se efectuó en Lima, el certamen del epígrafe, con la concurrencia de destacados científicos de distintos organismos e instituciones, como los doctores Douglas Mc Lean, del Instituto Lister de Inglaterra, Elva Krag Anderson, de Dinamarca; George Cummings, Jesse Yrons y William Gebhane, de los Estados Unidos; todos ellos en calidad de consultores técnicos, conjuntamente con los Delegados de Argentina, Brasil, Cuba, Colombia, Chile, México y Uruguay.

El objetivo fundamental de esta reunión fué discutir los métodos y técnicas de producción de la vacuna antivariólica de alta calidad, así como unificar en lo posible las técnicas usadas en los diversos laboratorios, con especial atención en lo relativo a los métodos de control de potencia e inocuidad de dicha vacuna.

La Delegación Peruana estuvo integrada por los doctores Alfred Lazarus, Director del Instituto Nacional de Salud Pública; Aurelio Souza, Jefe de Producción del mismo Instituto y Enrique Villalobos, Jefe de la División de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud Pública, y el Sr. Rafael de la Fuente.

Entre los acuerdos adoptados destacaron los siguientes:

- a) Que los países de América realicen campaña de erradicación de la viruela, de acuerdo con los mandatos establecidos en la XIII<sup>a</sup> y XIV<sup>a</sup> Conferencias Sanitarias Panamericanas.
- b) Usar vacuna disecada, para la vacunación de las zonas donde no existen facilidades de refrigeración.
- c) Antes de expedir un lote de vacunas, realizar pruebas a 37° C. durante un mes entre los requisitos mínimos de fuerza y potencia exigidos.
- d) Que cada vacuna debe llevar una fecha de expiración a partir del momento de su distribución.
- e) Que todos los laboratorios productores de vacunas, envíen muestras de su producto por lo menos dos veces al año, por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana, a fin de mantener su propio control y cooperar con los estudios tendientes a la obtención de una norma internacional.
- f) Que los laboratorios realicen trabajos de investigación a fin de mejorar la vacuna, y utilizar otras fuentes de producción.

## INFORMACIONES SOCIALES

- g) Que realizándose un programa continental de erradicación de la viruela, es indispensable que los laboratorios de salud pública de cada país estén capacitados para realizar pruebas de diagnóstico de la viruela.
- h) Que desde el punto de vista biológico, no debe hacerse diferencias entre la viruela y el alastrim.
- i) Que la Oficina Sanitaria Panamericana organice cuando crea conveniente, otro Seminario sobre el mismo tema para estudiar los resultados alcanzados.

### VACUNACION OBLIGATORIA DE TODOS LOS NIÑOS CONTRA LA TUBERCULOSIS

Por Decreto Supremo N° 95 de fecha 13 de agosto del presente año, se ha establecido en toda la República la obligatoriedad de vacunar con B.C.G. a todos los recién nacidos y niños menores de quince años de edad.

Se ha dispuesto que dicha vacunación antituberculosa se efectuará gratuitamente en todos los servicios dependientes de la Dirección General de Salud Pública. Asimismo los establecimientos oficiales de asistencia materno-infantil, como las instituciones de Beneficencia y las de carácter particular, están obligadas a implantar servicios adecuados para la aplicación del B.C.G. pudiendo solicitar para estos fines la asesoría técnica de la División de Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en caso necesario.

Se ha contemplado también, la coordinación de actividades entre los Ministerios de Educación Pública y Salud Pública para la vacunación antituberculosa de los escolares. Por su parte, la División de Tuberculosis, repartición a la que corresponde la dirección y orientación técnica de la campaña contra la tuberculosis en todo el país, procederá a la difusión de la vacuna B.C.G., por intermedio de sus servicios propios, así como de los que dependen de otras Divisiones de la Dirección General de Salud Pública y, en general, de todos los demás servicios sanitarios del Estado.

Finalmente y en orden a la cuantía de los recursos disponibles, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dictará las disposiciones más adecuadas para la extensión de esta campaña a otros grupos humanos vulnerables al mal de Koch.

### CAMPAÑA NACIONAL DE SANIDAD

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

En líneas generales han sido aprobados los siguientes puntos:

- a) Preparación de un Código Sanitario Peruano;
- b) Creación de un Banco de Sangre Nacional;

## INFORMACIONES SOCIALES

- c) Intervención de las Municipalidades en la Campaña Nacional de Sanidad;
- d) Saneamiento de las barriadas aledañas a la Capital;
- e) Saneamiento total de cuarteles y comisarías;
- f) Estructuración técnico-médica de las sanidades militares;
- g) Empleo del Hospital Naval del Callao y del Hospital de San Bartolomé de Lima, para la atención de los niños y madres gestantes;
- h) Atención de miembros de las Fuerzas Aéreas y sus familiares en el nuevo Hospital Naval;
- i) Atención de los miembros del Ramo de Gobierno y sus allegados en el moderno Hospital Militar;
- j) Terminación de las instalaciones del fundo "Asesor" para la atención de enfermos mentales.

## EL FONDO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL Y LA ENSEÑANZA MEDICA

Por acuerdo adoptado por el Consejo Superior del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, con fecha 20 de agosto, a partir del año 1957, se destinará una partida de 20 millones de soles en calidad de apoyo a las cuatro Facultades de Medicina (de San Marcos, Arequipa, Trujillo y Universidad Católica), con el fin de solucionar en parte el problema de la congestión de estudiantes que agobia a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

## REORGANIZACION DEL SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO

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

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

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

## ELEVACION DEL MONTO DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO DEL EMPLEADO

Por acuerdo adoptado por el Cuerpo Organizador de esa Institución, a partir del 1º de octubre de 1956, serán elevadas las asignaciones

## INFORMACIONES SOCIALES

que se conceden en Lima y Callao por consulta médica, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, análisis y radiografías, considerando que los reembolsos anteriormente fijados, hace 7 años, son insuficientes para cubrir los actuales gastos del asegurado en caso de enfermedad.

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

	<b>Antigua Tarifa</b>	<b>Aumento</b>	<b>Nueva Tarifa</b>
Consulta médica .. .. .	S/. 20.00	50%	S/. 30.00
Hospitalización .. .. .	S/. 40.00	25%	S/. 50.00
Intervenciones quirúrgicas ..	S/. 1,000.00	20%	S/. 1,200.00
Análisis y Radiografías .. . .	(varios)	20%	

Cabe citar que se encuentran afectos al Seguro Social del Empleado, más de 254,000 personas en todo el país.

## INFORMACIONES SOCIALES

segunda reunión de la Comisión Preparatoria de la Primera Conferencia del epígrafe, bajo la presidencia del Profesor Giuseppe Petrilli, Presidente del Instituto del Seguro de Enfermedad de Italia

En esta reunión se adoptaron diversas decisiones relativas a la organización de la Conferencia, a saber:

a).—La sesión inaugural de la Conferencia tendrá lugar el día 3 de noviembre en el "Palais des Academies" de Bruselas; las sesiones de trabajo se efectuará en el Palais de Brabant, donde existe un número suficiente de salas equipadas para las labores de grupos o comités y la sesión de clausura tendrá lugar asimismo en el Palais de Brabant, probablemente el 10 de noviembre.

b).—El punto I, relativo a problemas actuariales en el seguro de enfermedad-maternidad, asistencia médica, será discutido los días 4 y 5 de noviembre; el punto II, sobre métodos estadísticos de muestras aplicadas a la técnica de la seguridad social, será examinado el día 6 de noviembre; finalmente el punto III, que comprende la orientación general de los trabajos actuariales y estadísticos de la seguridad social, con objeto de elaborar directivas comunes y hacer posible la comparación de dichas estadísticas con estadísticas demográficas, económicas y sociales, será discutido los días 7 y 8 de noviembre.

c).—La Comisión Preparatoria por unanimidad, a propuesta del Presidente, decidió designar los siguientes ponentes para cada uno de los tres primeros puntos del orden del día de la Conferencia:

- Punto I** Doctor Ernst Kaiser (Suiza) y  
Señor Tauro Jylha (Finlandia).
- Punto II** Señor R. Consael (Bélgica) y  
Señor Rubén Orellana (Ecuador).
- Punto III** Profesor M. A. Coppini (Italia) y  
Señor Robert J. Myers (Estados Unidos).

## U N I C E F

### Erradicación de la Malaria en el Ecuador

El Comité de Programas de la Unicef ha acordado en sesión de junio de 1956, la asignación de 277,000 dólares destinados al primer año de una campaña de erradicación de cuatro años, que se iniciará desde el mes de noviembre del año en curso en el Ecuador.

Ha sido aprobada en principio la ayuda de la Unicef para el proyecto total, habiéndose calculado esta asignación en 680,000 dólares.

Actualmente el gobierno ecuatoriano está estudiando detalladamente todos los problemas relativos a la conversión de su actual campaña de control en una de erradicación. La Unicef proporcionaría los insecticidas, vehículos, motores fuera de borda, rociadores, equipo protector y suministros varios de laboratorio, mientras que los gastos del Gobierno ecuatoriano para el período cuatrienal se estiman en 1'658,000 dólares.

## INFORMACIONES SOCIALES

## ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

**Curso de Mecanización de Servicios Administrativos de la Seguridad Social**

Con asistencia de 44 delegados de 25 instituciones de seguro social, pertenecientes a doce países, se realizó en la ciudad de Bogotá entre el 6 y 30 de junio pasado, el Curso del epígrafe, con la finalidad específica de “contrastar y revisar experiencias y resultados para conseguir un constante mejoramiento de los sistemas administrativos empleados para la gestión de los seguros sociales, en los que simplificando trámites e incorporando los avances y posibilidades modernas, se logre la máxima simplicidad burocrática, rapidez en el otorgamiento de prestaciones y economía en la gestión”.

El temario desarrollado fue el siguiente:

- 1.—Principios generales que deben presidir la planificación de los procesos administrativos básicos para la gestión de la seguridad social;
- 2.—Posibilidades que ofrece la mecanización en el desenvolvimiento de la Seguridad Social.
- 3.—Cómo se debe constituir un grupo de mecanización en relación con las exigencias administrativas del seguro social.
- 4.—Procedimientos empleados para la inscripción de empresas y trabajadores y su mecanización dentro de un sistema racional y simplista.
- 5.—Procedimientos utilizados para la recaudación de cuotas y su mecanización.
- 6.—Procedimientos empleados para el pago de prestaciones a los beneficiarios y su mecanización.
- 7.—Mecanización de la contabilidad de las instituciones gestoras.
- 8.—La fiscalización y el control de los actos económicos en los sistemas administrativos mecanizados.
- 9.—Mecanización de la estadística y posibilidades que se derivan de la misma para el desarrollo de la función actuarial y el conocimiento de las causas, efectos y resultados de la Seguridad Social.

En el acto de instalación oficial del Curso, que fue presidido por el Sr. Ministro de Trabajo de Colombia, Dr. Castor Jaramillo, hizo uso de la palabra el Secretario General de la OISS, Sr. Carlos Martí Bu-fill, quien reseñó la importancia y trascendencia del Curso, así como su génesis y vinculación con la acción de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

El trabajo técnico del Curso se desarrolló en dos formas: una, enunciación de principios generales para la planificación de los procesos administrativos básicos de la seguridad social, y otra, el trabajo de Comisiones técnicas para el estudio y preparación de los informes finales, en los que debían condensarse los resultados positivos del Curso. Así se constituyeron las Comisiones de afiliación, recaudación, prestaciones, contabilidad, fiscalización, estadística, y formación profesional.

Cabe mencionar que el resultado de este Curso será de honda trascendencia en el desarrollo administrativo y técnico de los seguros sociales.

## INFORMACIONES SOCIALES

### ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Por acuerdo adoptado en la 26ª sesión del Consejo de la Asociación Médica Mundial, la Décima Asamblea Anual se efectuará del 9 al 15 de octubre del presente año, en la ciudad de La Habana, en la Casa Continental de la Cultura.

En dicha Asamblea se estudiarán temas científicos dedicados a cardiología y nutrición; el tema editorial corresponderá a los problemas de las publicaciones médicas en Latinoamérica.

El Colegio Médico Nacional de Cuba está acelerando los trabajos preparatorios y de organización respectivos.

### A R G E L I A

#### Seguridad Social de los Estudiantes

Por decreto de 24 de enero de 1956, que entró en vigor el 1º de abril, se ha otorgado a los estudiantes argelinos las mismas ventajas sociales que gozan los estudiantes de Francia, participando así del régimen de seguridad social para trabajadores no agrícolas. Están comprendidos todos los estudiantes matriculados en establecimientos superiores, escuelas técnicas superiores y en escuelas de segundo grado. No están comprendidos aquellos que ya están incluidos en los seguros sociales y los derechos-habientes de los asegurados. Se ha fijado la edad máxima de afiliación en 26 años, funcionando períodos de aplazamiento en ciertos casos.

Las prestaciones cubren los riesgos de enfermedad prolongada y maternidad, siendo extensivas al cónyuge no empleado del estudiante y a los hijos a cargo, con derecho además a asignaciones familiares.

Este régimen de protección al estudiante se financiará con el producto de las cotizaciones de los asegurados y por la contribución de la Universidad de Argel, así como con los donativos y aportes eventuales que se efectúen. El importe de la cotización global de los estudiantes para el ejercicio 1955-1956, se ha señalado en 900 francos; esta cotización que es indivisible se paga una sola vez al año, antes de la matrícula de los estudiantes.

Los estudiantes están afiliados actualmente a la Caja de Solidaridad de Argelia, organismo que se encargará de administrar el régimen de seguridad social, habiéndose hecho cargo desde el 1º de abril de 1956 del activo y pasivo de la antigua Caja Argelina de Previsión Social de los Estudiantes, que ha sido disuelta últimamente.

### B O L I V I A

#### Creación de un Régimen de Asistencia Familiar

Por decreto de 5 de abril del presente año se ha creado un régimen de asistencia familiar con carácter de servicio social obligatorio, destinado a compensar las cargas económicas de los trabajadores, jefes

## INFORMACIONES SOCIALES

de familia. La asistencia familiar comprende las siguientes prestaciones: asignaciones por matrimonio, nacimiento, de alimentación, familiares y de muerte.

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

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

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

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

d).—La asignación familiar se eleva a 2,500 bolivianos mensuales por cada uno de los hijos de los trabajadores mayores de un año y menores de 16, (hasta 18 años para los que realicen estudios en establecimientos autorizados por el Estado). No funcionará el límite de edad, si los servicios médicos de la Caja Nacional de Seguro Social reconocen incapacidad total para trabajar.

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

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

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

## COSTA RICA

## Actividad de la Caja de Seguro Social en 1955

En 1955, el número de trabajadores asegurados al régimen del

## INFORMACIONES SOCIALES

seguro de enfermedad-maternidad se elevó a 79,491 y los asalariados protegidos por el seguro de invalidez, vejez y muerte a 19,875.

La distribución por provincias de los asegurados, se indica a continuación:

Provincias	Número de asegurados	
	Enfermedad Maternidad	Invalidez Vejez-Muerte
San José .. . . . . .	44,473	12,411
Alajuela .. . . . . .	12,652	2.199
Cartago .. . . . . .	11.061	1.589
Heredia .. . . . . .	6.210	889
Punta Arenas .. . . . .	3,259	1.954
Limón .. . . . . .	1,836	833
<b>Total .. . . . . .</b>	<b>79,491</b>	<b>19,875</b>

El número de consultas otorgadas en todo el país se ha elevado a 240,435 y las prescripciones despachadas a 932,423; el monto de las asignaciones concedidas ascendió a 1'233,134.05 colones: las asignaciones de enfermedad a 956,450.10 colones y las de maternidad a 276,683.95 colones.

## E S P A Ñ A

### Fijación de nuevas cuotas y topes salariales en los Seguros Sociales

Por decreto de 23 de marzo de 1956, se ha reducido al 9% de los salarios, la aportación de las empresas y de los trabajadores para los seguros sociales unificados, incluyendo la organización sindical y la formación profesional. Igualmente, el citado decreto establece como salario laboral "el cientoveinticinco por ciento de los salarios base laborales actuales, aunque de hecho no hubiesen alcanzado el expresado 125%".

La cuota de 9% está compuesta por los siguientes conceptos:

	Empresario	Trabajador	Total
Subsidio familiar .. . . . .	1.00%	1.00%	2.00%
Seguro de Enfermedad .. . .	0.50%	1.50%	2.00%
Seguro de Vejez e Invalidez	0.50%	1.50%	2.00%
Cuota Sindical .. . . . . .	1.50%	0.30%	1.80%
Formación Profesional .. . .	1.00%	0.20%	1.20%
	<b>4.50%</b>	<b>4.50%</b>	<b>9.00%</b>

Los trabajadores por cuenta ajena cuyos ingresos excedan de 40,000 pesetas anuales, de acuerdo con las nuevas disposiciones están excluidos del campo de aplicación de los seguros de enfermedad, vejez e invalidez; para determinar el tope asegurable, se computarán únicamente las contribuciones fijas en su cuantía y periódicas en su vencimiento, no se considerará labores de destajo, primas de producción, comisiones, horas extraordinarias, ni cualquier otro pago que no posea el carácter de retribución fija.

## INFORMACIONES SOCIALES

Cuanto a los seguros de accidente y enfermedades profesionales, así como el mutualismo laboral, el límite máximo a los efectos de cotizaciones y prestaciones, se ha fijado en 40,000 pesetas anuales ó 111.00 pesetas diarias en los dos primeros seguros, y en 7,000 pesetas mensuales o cantidad superior en el mutualismo laboral.

### **Participación del Estado en la financiación de los seguros sociales**

En virtud del Decreto-Ley de 23 de marzo pasado, el Gobierno Español ha concedido un crédito extraordinario de 1,125'000.000 de pesetas, destinados al Instituto Nacional de Previsión, para satisfacer la cantidad en que provisionalmente se ha calculado la aportación del Estado, para mantener las prestaciones de los seguros sociales unificados en vigor.

Habiéndose aumentado, con igual fecha, los salarios de las clases trabajadoras, y a fin de evitar la elevación del nivel general de vida, se ha dictado el decreto mencionado en la noticia anterior, que reduce las cuotas de los seguros sociales al 9%, exigiéndose en contrapartida que el Estado contribuya en la cuantía necesaria para mantener sin reducción alguna, las prestaciones que actualmente se conceden.

## **ESTADOS UNIDOS**

### **Modificaciones al régimen de Seguridad Social**

Con fecha 1º de agosto último se ha aprobado una ley que introduce importantes modificaciones al régimen de previsión estadounidense. Las enmiendas contemplan las siguientes variaciones en el seguro de vejez y sobrevivientes: extensión del campo de aplicación, reducción de la edad de retiro para la mujer, beneficios a personas que sufren de invalidez total y permanente, y elevación de porcentajes impositivos. Cuanto al campo de aplicación se incluyen cerca de 850,000 trabajadores de haciendas, abogados, dentistas, veterinarios, cirujanos, oculistas, etc.

La edad de retiro para las mujeres se ha fijado en 62 años, siendo anteriormente de 65 años; se ha calculado que cerca de 200,000 viudas, 300,000 trabajadoras y un número igual de viudos dependientes, que actualmente cuentan con más de 62 años, estarán calificados para la percepción de este beneficio.

De acuerdo con las nuevas disposiciones, se efectuará el pago de beneficios a los trabajadores de 50 o más años, que se encuentren total o permanentemente incapacitados, exigiéndose las siguientes condiciones de calificación:

- a).—20 trimestres de afiliación en los últimos 40, y 6 a parte de los 13 trimestres anteriores a la incapacidad;
- b).—Invalidez de larga y continuada duración;
- c).—Seis meses como período de espera, antes del pago del beneficio; y
- d).—El incapacitado debe aceptar la rehabilitación vocacional a que se le someta.

## INFORMACIONES SOCIALES

Estos beneficios de invalidez serán pagables desde julio de 1957 y se calcula que como mínimo, 250,000 personas estarán aptas para recibirlos. Cabe citar que las prestaciones por incapacidad serán pagadas también a los hijos sobrevivientes que a los 18 años se encuentren total o permanentemente incapacitados.

Se calcula que el costo del beneficio de invalidez será de 250 millones de dólares en el primer año, elevándose en 1957 a 950 millones; se ha previsto de este modo el aporte de 1/4% a cargo del empleado y empleador y de 3/8% del trabajador independiente, para la financiación de estas prestaciones; con este motivo los montos contributivos se han elevado en las cantidades siguientes, fijándose además las cotizaciones futuras:

Años	Empleados	Empleadores	Independientes
1956	2. %	2. %	3. %
1957	2.1/4%	2.1/4%	3.3/8%
1960	2.3/4%	2.3/4%	4.1/8%
1965	3.1/4%	3.1/4%	4.7/8%
1970	3.3/4%	3.3/4%	5.5/8%
1975	4.1/4%	4.1/4%	6.3/8%

## G U A T E M A L A

### Prestaciones por Accidentes

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social entre los años 1948 a 1955, ha resuelto 4,472 casos de accidentes de incapacidad permanente por un monto de 1'041,321 quetzales correspondiendo de esta cifra 2,968 a accidentes de trabajo y 1,504 a accidentes comunes, habiéndose abonado las cantidades de 676,031, 365,290 quetzales, respectivamente. Sólo en el año 1955 se abonaron 405 casos de accidentes de trabajo, por 85,650 quetzales contra 469 registrados en 1954; y 204 casos comunes por 39,975 quetzales en comparación a 350 verificados en 1954.

El mayor grado de incapacidad permanente entre los casos de accidentes de trabajo, acaecidos entre 1948 y 1955, ha sido de 20%, de acuerdo con las normas fijadas por el Instituto para la valuación de las invalideces.

Cabe citar que el Instituto tiene registrados un total de 5,185 patronos con 203,572 trabajadores afiliados cotizantes, correspondiendo al Departamento de Guatemala 61,817 trabajadores y a otros Departamentos 141,755.

## I T A L I A

### IV Congreso Internacional de Defensa Social

Entre el 2 y 6 de abril de 1956, se desarrolló en Milán el Congreso del epígrafe organizado por la Sociedad Internacional de Defensa y Previsión Social, asistiendo delegados de 27 países, quienes estudiaron

## INFORMACIONES SOCIALES

las principales manifestaciones de las actividades antisociales, proponiendo la adopción de principios fundamentales de defensa social.

Funcionaron 3 comisiones científicas para el examen de los aspectos sociológicos, biosociológicos y jurídicos, vinculados con el vasto campo de la prevención y defensa social.

Entre las resoluciones adoptadas figuran las siguientes:

a).—Prevenir la violación de las normas que tutelan la vida humana y la integridad física, constituye una necesidad fundamental y constante de la política de defensa social, independientemente de las diferencias existentes en las legislaciones nacionales;

b).—Se deduce por tanto, que deben adoptarse al lado de las sanciones penales, las más adecuadas medidas preventivas de carácter administrativo en respeto del principio de la legalidad y del control de la autoridad judicial;

c).—Un auténtico espíritu de defensa social debe inspirar al legislador en la formulación de un sistema eficaz y coherente de lucha contra la criminalidad, asignando la debida importancia a los problemas de la prevención;

d).—Con referencia al crecimiento de los delitos, se remarca que la protección de la vida y de la integridad personal debe interesar en forma muy especial a los legisladores, estudiosos y demás personas llamadas a ocuparse de los problemas de la prevención; y

e).—Se deja constancia que los medios tradicionales de represión resultan insuficientes y que deben imponerse medidas fundadas en los resultados de las ciencias biosociológicas, psiquiátricas, sociológicas y de otras ciencias humanas, destinadas a realizar la prevención general social.

# Legislación Social Peruana

*Salud Pública y  
Asistencia Social*

## **PREPARACION DE UN PLAN NACIONAL DE OBRAS SANITARIAS**

D.S. Nº 3 10—8—56

*“El Peruano”* 14—8—56.

Encarga a los Ministerios de Fomento y Obras Públicas y de Salud Pública y Asistencia Social, la preparación de un Plan Nacional de Obras Sanitarias de ampliación y mejoramiento de los servicios de agua potable y desagüe para las ciudades de la República que cuenten con población de 3,000 habitantes.

## **OBLIGATORIEDAD DE LA VACUNACION ANTITUBERCULOSA**

D.S. Nº 95 “SP” 13—8—56

*“El Peruano”* 14—8—56

Da carácter obligatorio en toda la República a la vacunación antituberculosa con la vacuna BCG, de los recién nacidos, así como de los niños comprendidos entre los 0 y 15 años de edad, que a la fecha no hubiesen sido inoculados.

## **ANTEPROYECTO DEL CODIGO SANITARIO NACIONAL**

R.S. Nº 96 “SP” 13—8—56

*“El Peruano”* 14—8—56

Encomienda la redacción del anteproyecto del Código Sanitario Nacional a una Comisión presidida por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, e integrada por los señores Directores Generales de Salud Pública y de Asistencia Social, el Fiscal de la Nación en lo Administrativo, un representante del Seguro Social, un representante designado por los Servicios de Sanidad de los Institutos Armados, un delegado de la Facultad de Medicina, uno de la Sociedad Peruana de Salud Pública y el Sub-Director de Salud Pública quien actuará como Secretario.

## INFORMACIONES SOCIALES

### **COORDINACION DE LA ACCION SANITARIA ESTATAL**

R.S. N° 94 "SP" 12—8—56

*"El Peruano"* 14—8—56

Resuelve que el Director General de Salud Pública, junto con los Directores de los Servicios de Sanidad de los Institutos Armados y del Ramo de Gobierno y Policía constituyan un Comité permanente bajo la presidencia del primero de los citados, a fin de coordinar sus actividades específicas en beneficio colectivo.

### **ANTEPROYECTO DE ORGANIZACION DEL BANCO DE SANGRE**

R.S. N° 93 "SP" 12—8—56

*"El Peruano"* 14—8—56

Designa una Comisión presidida por el Director de Asistencia Social y Hospitalaria e integrada por un representante de cada uno de los Servicios de Sanidad de los Institutos Armados y del Ramo de Gobierno y Policía, un delegado del Seguro Social y otro de la Sociedad Peruana de la Cruz Roja para que formule el anteproyecto de organización y funcionamiento del Banco Nacional de Sangre, en el plazo de 60 días.

### **CENTRALIZACION DEL FUNCIONAMIENTO DE INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL**

R.S. N° 90 "AS" 16—8—56

*"El Peruano"* 20—8—56

Resuelve que la Dirección General de Asistencia Social centralizará la función informativa y coordinadora del Estado, en relación con las instituciones de iniciativa privada, dedicadas a la Asistencia Social. La Dirección citada efectuará un estudio de las instituciones que reciben rentas o subsidios por leyes especiales, informando sobre su marcha técnica y administrativa.

### **HONORARIO DEL PERSONAL TECNICO DE SALUD PUBLICA**

R.S. N° 108 "SP" 21—8—56

*"El Peruano"* 23—8—56

En el desempeño de cargos técnicos de jerarquía superior en el Ramo de Salud Pública, es indispensable que el personal se dedique a su función a tiempo completo.

### **OBLIGATORIEDAD DE LA DECLARACION DEL NACIMIENTO DE PREMATUROS**

R.S. 117 "SP" 1—9—56

*"El Peruano"* 3—9—56

Decreta la obligatoriedad de declarar el nacimiento de todo niño

## INFORMACIONES SOCIALES

prematureo que ocurra en la República, dentro de las 24 horas siguientes al nacimiento.

### **CONTROL DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL**

R.S. 117 "SP" 1—9—56

*"El Peruano"* 3—9—56

Resuelve que el Instituto de Psiquiatría Infantil que se establecerá en el local de Collique, será controlado por el Departamento de Higiene Mental, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en sus aspectos técnico y administrativo.

### **APLICACION EN EL PERU DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL**

D.S. 13—8—56

*"El Peruano"* 5—9—56

Señala que el Reglamento Sanitario Internacional N° 2 se aplicará en el Perú irrestrictamente desde la fecha, debiendo las autoridades nacionales dar el debido cumplimiento a las disposiciones en él contenidas.

*Trabajo y  
Asuntos Indígenas*

### **EMPOZAMIENTO DE LOS BENEFICIOS SOCIALES DE MENORES**

D.S. 25—7—56

*"El Peruano"* 3—8—56

Decreta que las sumas que corresponden a los menores de edad, provenientes de beneficios sociales a título de herencia u otros de la misma naturaleza, serán empozadas por los empleadores, a partir de la fecha del presente Decreto, en la Caja de Ahorros del Banco Central Hipotecario del Perú, y, convertidas en cédulas de conformidad con la Ley 12464, quedarán en poder del Banco a nombre del menor hasta que se cumplan los requisitos establecidos para hacerlos efectivos.

### **NORMAS DE ARBITRAJE PARA SOLUCIONAR RECLAMACIONES**

D.S. N° 1 8—8—56

*"El Peruano"* 9—8—56

Decreta que las reclamaciones colectivas podrán someterse a la decisión de uno o más árbitros, siempre que las partes así lo aprueben. Si

## INFORMACIONES SOCIALES

las partes no se avienen al acuerdo voluntario, se designará un tribunal arbitral presidido por un funcionario de la Dirección de Trabajo e integrado por un árbitro de los empleadores y otro de los trabajadores reclamantes.

### **ESTABLECE EL REGISTRO NACIONAL DE CENTROS DE TRABAJO**

D.S. N° 3 — “DT” 8—8—56  
 “*El Peruano*” 11—8—56

Decreta la organización en la Dirección de Trabajo, del registro del rubro, que deberá reunir todos los datos concernientes a la actividad general de las empresas y relación de su personal directivo con sus empleados y obreros.

### **NORMAS PARA EL PAGO DE BENEFICIOS A TRABAJADORES DESPEDIDOS**

R.S. N° 1 “DT” 18—8—56  
 “*El Peruano*” 21—8—56

El trabajador que cese en sus labores, a quien su empleador le hubiese negado el pago de los derechos sociales correspondientes, podrá formular denuncia ante la Dirección General de Trabajo la que citará a ambas partes a comparendo conciliatorio.

### **COMPUTO DE INASISTENCIAS PARA EL GOCE VACACIONAL**

“DS” N° 7 “DT” 18—8—56  
 “*El Peruano*” 3—9—56

Señala que al computar el record de trabajo exigido para los efectos del goce vacacional, se considerarán las inasistencias causadas por accidentes de trabajo o por enfermedad debidamente comprobada.

*Justicia y Culto*

### **APROBACION DE LOS ESTATUTOS DE LA MUTUALISTA DE EMPLEADOS PUBLICOS**

D.S. N° 99—, 9—7—56  
 “*El Peruano*” 19—7—56

Aprueba los Estatutos de la Mutualista de Empleados Públicos, institución que cumplidos tres años de funcionamiento, deberá realizar un estudio técnico actuarial de su situación económica.

## INFORMACIONES SOCIALES

**DECLARA SERVIDORES PUBLICOS AL PERSONAL  
DE LAS JUNTAS DE OBRAS PUBLICAS**

"R.S." N° 68, 9—7—56

*"El Peruano"* 21—7—56

Resuelve que los empleados permanentes de las Juntas de Obras Públicas de la República, cuyas plazas figuren en los presupuestos administrativos, son empleados públicos comprendidos en el Estatuto y Escalafón del Servicio Civil y en la Ley General de Goces, con los derechos y obligaciones que dichas leyes establecen. Los descuentos para el Fondo de Montepío en cumplimiento de las leyes 8638 y 10801, serán empozados en las respectivas Cajas Fiscales.

**BENEFICIOS SOCIALES PARA LOS  
MIEMBROS DEL PODER JUDICIAL**

Ley N° 12652 — 27—7—56

*"El Peruano"* 2—8—56

Los Vocales y Fiscales de la Corte Suprema, los Vocales y Fiscales de las Cortes Superiores, los Jueces y Agentes y Fiscales, los Jueces de Paz Letrados, los Secretarios y Relatores de Cortes, los Escribanos adscritos a los juzgados de Instrucción y demás funcionarios y empleados del Poder Judicial gozarán de la bonificación por tiempo de servicios y de la asignación por familia, quedando asimismo comprendidos en los beneficios y obligaciones del Seguro Social del Empleado.

# Biblioteca de la Caja Nacional de Segura Social

## PUBLICACIONES RECIBIDAS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE 1956

### 1.—ORGANISMOS INTERNACIONALES

#### a) Naciones Unidas

Economic and Social Council.— Narcotic Drugs. E/NS. 1956 Summary 4. Laws and Regulations: Denmark (E/NL. 1955/99), — Panamá (E/NL. 1955/101), — Saudi Arabia (E/NL. 1955/110), — Belgium (E/NL. 1956/35), — India (E/NL. 1956/2—4, 13), — Iraq (E/NL. 1956/29—31), — Jamaica (E/NL. 1956/15—16).  
Bulletin on Narcotics. N° 1, 2, 1956.

#### b) Organización Internacional del Trabajo

Actas de la 129ª Reunión del Consejo de Administración. 24-6-55.  
Informaciones y Memorias sobre la aplicación de convenios y recomendaciones. Informe III (partes 1 y 3), 39ª Reunión, 1956.  
Discriminación en materia de empleo y ocupación. Informe VII (1), 40ª Reunión, 1957.  
Condiciones de empleo de los trabajadores de las plantaciones. Informe VIII (1), 40ª Reunión, 1957.  
Memoria del Director General. 6ª Conferencia de los Estados de América miembros de la Organización Internacional del Trabajo. Informe I, La Habana, 1956.  
Serie Legislativa. mar.-abr., 1956.  
Regularización de la producción y del empleo en las industrias mecánicas. Nueva Serie, N° 44, 1956.  
International comparisons of real wages. Nueva Serie N° 45, 1956.  
Boletín Oficial. N°6, 1955; 1, 1956.  
Informaciones Sociales. Vol. XV, Nos. 10, 11, 12; vol. XVI, N° 1-2, 1956.  
Noticias de la O. I. T. Edición especial jun. 1956; N° 36, 1956.  
Revista Internacional del Trabajo. Vol. LIII, N° 5, 6, vol. LIV, N° 1 1956.  
Suplemento Estadístico. Vol LIII, N° 5, 6, vol. LIV, N° 1, 1956.

## INFORMACIONES SOCIALES

### c) **Organización Mundial de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana**

Boletín de la O. S. P. vol. XV, Nº 4, 5, 1956.  
Crónica de la O. M. S. Nº 3, 4, 5, 1956.  
Informe Epidemiológico Semanal de la O. S. P. Nº 26, 27, 1956.  
Noticiero de la O. M. S. Nº 6, 7-8, 1956.

### d) **Asociación Internacional de la Seguridad Social**

Seguro de Enfermedad. Monografías nacionales. Informe II, XII Asamblea general. México, 1955.  
Acuerdos de reciprocidad sobre seguridad social. XII Asamblea general. Comisión Médico Social. El Seguro de Enfermedad. 5ª Reunión, 1957.  
ISSA/MSC/V/I ISSA/XIII/2 (Cuestionario).  
Informes de la Comisión Permanente Médico-Social. XII Asamblea general.  
Informes de la Comisión Permanente del Seguro de Desempleo de la A. I. S. S. XII Asamblea general.  
Cubas, Emilio: Desarrollos recientes en el campo de la seguridad social. (1953-1955) América. vol. II. XII Asamblea General.  
Bulletin de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale. Nº 5-8, 7, 1956.  
Seguridad Social, Nº 19, 20, 1956.

### e) **Organización de los Estados Americanos**

Las inmigraciones en Venezuela. Sus efectos económicos y sociales. Unión Panamericana, 1956.

### f) **Organización Iberoamericana de Seguridad Social**

El Problema de la devaluación monetaria en la Seguridad Social. Madrid, 1956.

## 2.—LIBROS Y FOLLETOS

Ministerio de Trabajo y Previsión: a) Comisión Nacional de la Vivienda. Plan de emergencia. Buenos Aires, 1956.  
b) Política social y libertad sindical. Buenos Aires, 1956.  
Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo de población de 1951. Departamento Bolívar. Bogotá, 1956.  
Instituto Colombiano de Seguros Sociales. Curso de mecanización de servicios administrativos de la Seguridad Social. Bogotá, 1956.  
El Niño, su nacimiento y su cuidado. La Habana, 1955.  
Instituto de Seguros del Estado. 1953-1956. Santiago de Chile, 1956.  
Tannenbaum, Frank: Filosofía del trabajo. Santiago de Chile, 1955.  
Figueroa Rojas, Manuel: Aportación Iberoamericana al progreso de la Seguridad Social. Madrid, 1956.

## INFORMACIONES SOCIALES

- Estrugo y Estrugo, José Antonio: Dos tantos de interés en el cálculo de las cotizaciones de la Seguridad Social. Madrid, 1956.
- American Public Welfare Association: a) Actuarial cost estimates for old age survivors and disability insurance system as modified by amendments to the Social Security act in 1956.—b) Summary of the old survivors and disability insurance system as modified by amendment to the Social Security act in 1956.
- Averill, Laurence and Kempf, Florence: Psychology applied to Nursing. Philadelphia, 1942.
- Bellamy, Raymond F.: A Preface to the Social Sciences. New York, 1956.
- Boek, Walter and Boek, Jean K.: Society and JHealth. New York, 19056.
- French, Lois Meredith: Psychiatric Social Work. New York, 1940.
- Hefron, Roderick: Pneumonia - With special reference to pneumococcus lobar pneumonia. New York, 1939.
- Huddleson, Fores: Brucellosis - In man and animals. New York, 1943.
- Institute of Life Insurance: Life Insurance Fact Book, 1956.
- Johnson, Earl S.: Theory and practice of the Social Studies. New York, Mercer, Blaine E.: The American Community. New York, 1956.
- Queen, Stuart A.: The American Social System. Boston, 1956.
- Stern, Bernhard J.: Medicine in Industry. New York, 1946.
- Scientific Medical and Technical Books. Washington, 1953.
- U. S. Department of Health, Education and Welfare:*
- a) Accident frequency place of occurrence and relation to chronic disease, 1953.
  - b) Analysis of 157 group annuity plans amended in 1950-54. Actuarial study Nº 44, 1956.
  - c) Distribution of health service in the structure of state government 1950.
  - d) Health costs of the aged, 1956.
  - e) Its good business to know your men. 1955.
  - f) Public social welfare personnel. Education —work loads— experience working conditions — salaries. 1953.
  - g) Social information report and to the disabled. 1953.
- U. S. Department of Labor:*
- a) Public social security programs in the United States. 1949-50.
  - b) Workmen's compensation in the United States. 19<sup>th</sup> 4.
  - c) The workers'story. 1953.
- Wirth, Louis: Community life and social policy. Chicago. 1956.
- Ball, F. N.: National insurance and industrial injuries. London, 1948.
- Britain: an official handbook, 1956.
- Brown, Phelps: A course in applied economics. 1951.
- Rathbone, Eleanor: Family allowances. London, 1949.
- Report of inter departmental committee on the rehabilitation and resettlement of disabled persons. London, 1953.
- Rowntree, Seebohm, and Lavers, G. R.: Poverty and the welfare state. London, 1951.
- Silverman, H. A.: The groundwork of economics. London, 1952.
- Stevenson, A. C.: Recent advances in social medicine. London, 1950.

## INFORMACIONES SOCIALES

- Wilson, A. and Mackay, G. S.: Old age pensions. London, 1941.
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social: a) Movimiento general de las prestaciones globales por accidente. 1948-1955. — b) Seguridad social en Guatemala. 1955.
- Baca, Víctor F.: El progreso de la agricultura de Lambayeque. Datos estadísticos.
- Instituto Indigenista Peruano: Bibliografía de "Perú Indígena".
- Instituto de Asuntos Interamericanos: (PCEA) Cultivo del sorgo de escobas en el Perú. 1956.
- Perú. Ministerio de Hacienda y Comercio. Superintendencia de Contribuciones. Anteproyecto de la ley de impuesto a la renta. 1951.
- Peruvian Yearbook with Northern Perú edition. 1954 1955.
- Primer centenario de la fundación de la Facultad de Medicina. La Biblioteca de la Facultad de Medicina. 1956.
- Valega, J. M.: Código de Comercio. Ley de quiebras. Concordado. 1956.
- Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. División de Estadística y Actuariado 1954.

### 3.—PUBLICACIONES PERIODICAS NACIONALES

- Academia Peruana de Cirugía;** n° 1, 2, 1956.
- Actualidad Económica.** (Bolsa de Comercio de Lima) n° 99, 100, 101, 1956.
- Anales de la Facultad de Medicina.** n° 1, 1956.
- Anuario de la Legislación Peruana.** t. XLVII, Legislatura de 1955.
- Anuario Estadístico de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima.** 1953.
- Biblioteca Nacional.** Memoria, 1955.
- Boletín Bibliográfico.** (Biblioteca Central del Ministerio de Trabajo) n° 2, 3, 4, 5, 1956.
- Boletín de Aduanas del Callao.** n° 381-384, 385-386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 1955; 393, 394, 395, 396, 397, 399, 1956.
- Boletín de Estadística Peruana.** 2° semestre 1954.
- Boletín de la Caja de Depósitos y Consignaciones.** n° 588, (1955); 589, 590, 591, 592, 593, 594, (1956).
- Boletín de la Compañía Administradora del Guano.** n° 3, 4, 5, 6, 1956.
- Boletín de la Dirección General de Agricultura.** n° 10, 15-16, 1956.
- Boletín de la Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa.** n° 2, 3, 1956.
- Boletín de la Sociedad Nacional Agraria.** n° 208, 210, 211, (1953); 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, (1954); 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, (1955); 237, 238, 239, 240, 241, 242, (1956).
- Boletín de la Sociedad Nacional de Minería y Petróleo.** n° 48, 49, 1956.
- Boletín de la Universidad Nacional de Ingeniería,** ene.-feb.-mar., 1956.
- Boletín del Banco Central de Reserva del Perú.** n° 294, 295, 296, 1956.
- Boletín de Noticias "Bis".** (Embajada Británica) jul., ago., set., 1956.
- Boletín Estadístico Municipal de la Ciudad de Lima.** n° 94, 95, 96, 1955.
- Boletín Municipal. Concejo Provincial de Lima.** n° 1620-21, 1622-23, 1624, 1956.
- Bolsa de Comercio de Lima.** Memoria, 1955.

## INFORMACIONES SOCIALES

- Cámara de Comercio, Agricultura e Industria de Chiclayo.** Memoria, 1955-56.
- Cámara de Comercio de Lima. Boletín Mensual.** n° 323, 324, 325, 1956.
- Cámara de Comercio de Lima. Boletín Semanal.** n°s. 387 al 395, 1956.
- Corpac.** Memoria, 1955.
- Corporación de Comerciantes del Perú.** n° 53, 54, 1956.
- Costo de Vida.** may., jun., jul., 1956.
- Estadística del Comercio Exterior.** (Superintendencia General de Aduanas). 1951-52, 1953-54, 1955.
- Estadística Industrial.** n° 4, 1946; 5, 1947; 7, 1949; 8 y anexo, 1950; 9, 1951.
- Fénix.** n° 10, 1954.
- Fraterna.** n° 18, 1956.
- Industria Peruana.** (Sociedad Nacional de Industrias). n° 2, 5, 6, 1956.
- Informaciones Sociales.** C. N. S. S. n° 2, 1956.
- Informativo Agropecuario.** (Ministerio de Agricultura) jun., jul., 1956.
- Leyes y Resoluciones de Carácter General de la República del Perú.** n° 9, 19, 1956.
- Mensajes Presidenciales.** 1955, 1956.
- Noticias de Petróleo.** n° 93, 94, 1956.
- La Opinión Popular.** La Oroya, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, año. 4, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 17, 18, set. 1956.
- Panificación.** n° 35, 1956.
- Peruvian Times.** n° 810, 811, 812, 813, 815, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 1956.
- La Reforma Médica.** n° 595, 1956.
- Registros Públicos.** n° 9, 10, 11, 12, 1955; 13, 14, 1956.
- Renta Nacional del Perú.** 1942-54.
- Revista de Derecho y Ciencias Políticas.** I-II-III, 1954.
- Revista de Jurisprudencia Peruana.** n° 148, 149, 150, 1956.
- Revista de la Sanidad de Policía.** n° 93, 94, 1956.
- Revista del Hospital del Niño.** n° 64, 1955; 65, 66, 1956.
- Revista de Neuro-Siquiatría.** n° 1, 1956.
- Salud y Bienestar Social.** (Ministerio de Salud Pública y A. S.) n° 9, 10-11, 1956.
- SCIPA.** Boletín quincenal. n° 489, 490, 491, 492; 1956.
- Síntesis Semanal.** Informativo de la Corporación de Comerciantes del Perú. n° 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 1956.
- Sociedad Nacional de Industrias.** Memoria, 1955.
- Sociedad Pública de Beneficencia de Pisco.** Presupuesto administrativo, 1956.
- Superintendencia de Bancos.** Memoria y Estadística. 1955.
- Técnica Agropecuaria.** n° 5, 1956.
- Transportes Peruanos.** n° 61, 1956.
- Unicef para los niños.** may.-jun., ago.-set., 1956.

## 4.—PUBLICACIONES PERIODICAS EXTRANJERAS

- ARGENTINA.—Dinámica Social.** n° 67, 1956.
- La Ley.** jun., jul., ago., 1956.

**INFORMACIONES SOCIALES**

- Noticioso.** n° 1, 2, 3, 1956.  
**Revista de la Facultad de Ciencias Económicas.** n° 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, (1951); 41-42, 43, 44, 45-46, 47-48, 49-50, (1952); 51-52, 53-54, 55-56, 57-58, (1953).  
**Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales.** n° 38, 39, 40, 1954; 45-46, 1955.  
**Revista de Obras Sanitarias de la Nación.** n° 166, 1956.  
**Seguros.** n° 35-36, 1955.  
**AUSTRIA.—Jahres Bericht.** Memoria, 1954.  
**Soziale Sicherheit.** n° 5, 6, 7, 1956.  
**BELGICA.—Archiva Medica.** n° 1, 2, 1956.  
**La Mutualité Professionnelle.** n° 3, 1956.  
**BRASIL.—Boletim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.** n° 2-3-4, 1954; 1, 1955.  
**Boletim Mensal do Banco do Brasil.** Comercio Internacional. n° 4, 1955.  
**Conjuntura Económica.** n° 12, 1953; 7, 10, 1954; 3, 1955; 5, 6, 7, 1956.  
**Industriários.** n° 49, 1956.  
**Revista Brasileira de Economia.** n° 1, 1956.  
**Revista do Trabalho.** n° 1-2, 3-4, 1956.  
**COLOMBIA.—Boletín de la Cámara de Comercio de Bogotá.** n° 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 1956.  
**Boletín Mensual de Estadística.** n° 63, 64, 65, 1956.  
**Economía y Estadística.** n° 82, 1956.  
**Revista Cafetera de Colombia.** n° 128, 1956.  
**COSTA RICA.—Revista de Agricultura.** n° 3, 4, 1956.  
**Suelo Tico.** n° 35, 1956.  
**CUBA.—Arquitectura.** n° 275, 1956.  
**CHILE.—Boletín del Banco Central.** n° 337, 338, 339, 340, 1956.  
**Boletín del Servicio de Seguro Social.** n° 16, 1956.  
**Panorama Económico.** n° 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 1956.  
**Servicio Social.** n° 1, 1956.  
**Unidad.** n° 151-152, 155, 1956.  
**ECUADOR.—Banco Central.** Comercio exterior. n° 97-98-99, 1955; 100-101-102, 1956.  
**Boletín del Banco Central.** n° 340-341, 1956.  
**Boletín de Informaciones y Estudios Sociales y Económicos.** 70-71, 1955.  
**ESPAÑA.—Boletín de Divulgación Social.** n° 113, 115, 116, 117, 1956.  
**Cuadernos de Política Social.** n° 28, 1956.  
**Estudios Americanos.** n° 54, 1956.  
**Informaciones de la Seguridad Social en España.** n° 1, 2, 3, 1956.  
**Revista Iberoamericana de Seguridad Social.** n° 6, 1955; 1, 1956.  
**Revista de Trabajo.** n° 3, 4, 1956.  
**ESTADOS UNIDOS.—American Economic Security.** n° 3, 4, 1956.  
**American Public Welfare Association.** Letter to Members. n° 7, 8, 9, 1956.  
**APWA. Bulletin.** (Southwest Regional Conference) n° 2, 3, 1956.  
**Children.** n° 4, 1956.  
**Export Import Bank of Washington.** n° 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 385, 1956.  
**The Grace Log.** n° 3, 1956.

## INFORMACIONES SOCIALES

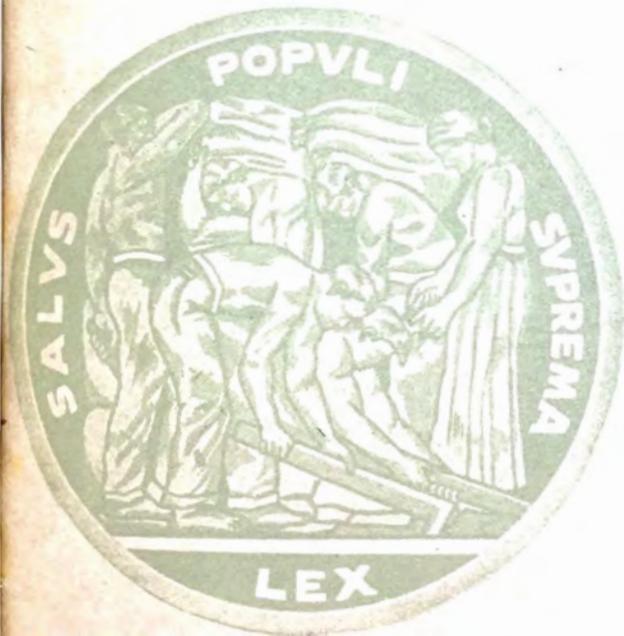
- El Hospital.** n° 7, 8, 1956.  
**Life Insurance.** New Date. may., jun., jul., 1956.  
**Money Matters.** may., jun., ago., 1956.  
**Monthly Labor Review.** n° 6, 1956.  
**The Monthly Review.** n° 6, 7, 8, 1956.  
**Public Health Reports.** n° 6, 7, 8, 1956.  
**Quarterly.** n° 3, 1956.  
**Servicios Públicos.** jul.-ago., 1956.  
**Social Security Bulletin.** n° 6, 7, 1956.  
**Think.** n° 6, 1956.  
**World Medical Journal.** n° 4, 1956.  
**FRANCIA.—Bulletin D'Information de la Mutualité Agricole.** n° 53, 55, 1956.  
**Bulletin du Service Social des Organismes de Sécurité Sociale.** n° 26, 27, 1956.  
**Guide du Correspondant de Caisses de Sécurité Social.** n° 5, 6, 7, 1956.  
**Informations Sociales.** n° 5, 1956.  
**Revue de la Mutualité.** n° 2, 1956.  
**Revue de la Sécurité Sociale.** n° 69, 70, 1956.  
**GRAN BRETAÑA.—The Economist.** n° 5882, 1956.  
**Government Publications.** abr., may., 1956.  
**Ministry of Health:** a) Central Health Services Council. Report of the Committee on General Practice within the National Health Service. b) Report of the Ministry of Health for the year ended 31st. December 1954. Including a chapter on international health. Part. I. Welfare, food and drugs, civil defence. Part. II. 1955.  
**Ministry of Labor and Nacional Service:** a) Annual report. 1954. b) Report of the year 1954. c) Report of the National Assistance Board, 1954. d) Services for the disabled. 1955.  
**Social Work.** n° 3, 1956.  
**GUATEMALA.—Boletín Mensual de Estadística.** n° 24, 25, 26, 1956.  
**HAITI.—Bulletin Trimestriel de Statistique.** n° 21, 1956.  
**HONDURAS.—La Gaceta.** 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 28, 29, 30, jun. 2, jul. 1956.  
**ITALIA.—Bollettino di Studi Sociali.** n° 1-2, 3, 1956.  
**Previdenza Sociale.** n° 1, 1956.  
**La Previdenza Sociale nell'Agricoltura.** n° 2, 1956.  
**I Problemi del Servizio Sociale.** n° 1, 2, 1956.  
**Ricorche Economiche.** n° 1, 1956.  
**Revista degli Infortuni e delle Malattie Professionali.** n° 1, 2, 1956.  
**MEXICO.—Acción Indigenista.** n° 32, 33, 1956.  
**América Indígena.** n° 3, 1956.  
**Boletín del Instituto de Derecho Comparado.** n° 25, 1956.  
**Revista Mexicana de Seguridad Social.** n° 11, 1954.  
**Salubridad e Higiene.** n° 107-108, 109-110, 1956.  
**PANAMA.—Estadística Panameña.** n° 1, 1956.  
**PARAGUAY.—Cartilla Agropecuaria.** n° 206-207, 1956.  
**Revista del Instituto de Previsión Social.** n° 3, 1956.  
**PUERTO RICO.—Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico.** n° 4, 1956.

**INFORMACIONES SOCIALES**

- Fondo del Seguro del Esatdo.** Informe anual. 1951-52, 1952-53, 1953-54.
- REPUBLICA DOMINICANA.**—**Agricultura.** n° 209, 1955.
- Comercio Exterior.** n° 10, 11, 1955; 2, 1956.
- Estadística Demográfica.** 1954.
- Estadística del Seguro Social.** n° 28, 1955.
- Previsión Social.** n° 7, 1956.
- Sacrificio de Ganado.** vol. XVIII, 1956.
- Secretaría de Estado de Previsión Social.** Memoria, 1954.
- Seguridad Social.** n° 48, 49, 1956.
- EL SALVADOR.**—**Anaqueles.** Revista de la Biblioteca Nacional. n° 4, 1953-54; 5, 1955.
- URUGUAY.**—**Banco del Uruguay.** Suplemento Estadístico de la Revista Economía. n° 141, 142, 143, 144, 1956.
- Boletín Censo y Estadística.** n° 593-594, 603-604, 1953; 627-628, 1955; 629-630, 1956.
- Caja de Jubilaciones Bancarias.** Memoria y Balance general, 1954.
- Revista del Banco de la República Oriental del Uruguay.** n° 56, 1956.
- Revista de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Industria y Comercio.** n° 29, 1956.
- VENEZUELA.**—**Banco Central.** Boletín Interno. n° 146, 147, 148, 1956.
- Banco Central.** Memoria, 1955.
- Boletín de la Cámara de Comercio de Caracas.** n° 510, 511, 512, 1956.
- Boletín del Banco Central.** n° 128-130, 1955.
- Notas Estadísticas.** n° 74, 75, 1956.
- Revista del Trabajo.** n° 22, 1956.
- Revista Nacional de Cultura.** n° 115, 1956.
- Unidad Sanitaria.** n° 48-49, 1955.

# INFORMACIONES

# SOCIALES



AÑO XI - Octubre-Noviembre-Diciembre - 1956 - No. 4

Publicación Trimestral de la  
Caja Nacional de Seguro Social del Perú

# *INFORMACIONES SOCIALES*

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

4

# SUMARIO

	Pág.
La mecanización agraria de México desde el punto de vista económico-social y de la mentalidad campesina, por el Lic. <i>José Barrales V.</i> . . . . .	3
Doctrina y práctica del control de la tuberculosis en la Infancia, por el Dr. <i>Luis Cano Gironda</i> . . . . .	42
Campaña de Vacunación Antivariólica efectuada en el Perú desde Octubre de 1950 a Diciembre de 1955, por el Dr. <i>Antonio de la Fuente E.</i> . . . . .	26
Boletín Institucional . . . . .	50
Información Nacional . . . . .	59
Información Extranjera . . . . .	66
Legislación Social Peruana . . . . .	77
Biblioteca de la C. N. S. S. . . . .	80
Leyes, Decretos y Resoluciones: Creación del Fondo de Desarrollo Económico (Ley N° 12676) . . . . .	88



AÑO XI

Octubre-Noviembre-Diciembre

N° 4

## PUBLICACION TRIMESTRAL

Redacción y Administración:

CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

Departamento de Estudios Sociales y Económicos

Avda. 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.**

# *La mecanización agraria de México, desde el punto de vista económico - social y de la mentalidad campesina*

Por el Licenciado José Barrales V.

## INTRODUCCION

El simple enunciado del tema que motiva esta ponencia, sugiere desde luego la aceptación de que es necesario introducir la máquina en las labores agrícolas para aumentar la producción y hacer menos penosas esas actividades. Pero, inmediatamente considerando los extremos que plantea el propio tema, principian las innumerables reflexiones acerca de la situación económica, de las condiciones sociales, y de la actitud mental de los campesinos, que se manifiesta en sus modos de conducirse y de actuar.

Sin embargo, al ponderar la importancia que tiene en sí la mecanización en su significado inmediato de emplear la máquina como auxiliar de la actividad agrícola productiva, estamos reconociendo la trascendencia de obtener una producción de alimentos básicos, suficiente y adecuada para la población, y de materias primas destinadas a la industria; producción que requiere, además del empleo de la máquina, la aplicación de una tecnología completa y eficiente.

Reconocemos también, que existen muy arduos problemas económicos significados por la carencia de capitales y la deficiencia del ingreso per cápita de la población rural, que no son otra cosa sino pobreza de ésta. Y que, apoyando a esos problemas y fortaleciéndose en ellos, encontramos dificultades de orden social, como son la ignorancia generalizada que engendra, tanto el desconocimiento de los nuevos medios que ofrece la técnica, cuanto las conductas equivocadas y la deficiencia en las relaciones humanas, que se traducen en obstáculos para el establecimiento de las necesarias y características relaciones de producción que origine la nueva organización exigida por la introducción de la técnica; al lado de las malas condiciones de salud, los servicios sanitarios deficientes, la destrucción, el alcoholismo y la ociosidad; y, como consecuencia de la penosa evolución social y económica, la existencia de idiosincrasias y estructuraciones mentales que no siempre son propicias al cambio de sistemas, y que generalmente no admiten ni reconocen las ventajas de la evolución social y económica, porque ésta significa el cambio en las costumbres tradicionales y en los sistemas de vida y el contenido de la existencia, la abolición de prácticas arraigadas, la contradicción de per-

## INFORMACIONES SOCIALES

juicios y el acomodamiento mental, físico, económico y social para el cual se experimenta aversión proveniente de recelos, inseguridades y temores.

Por todo ello, es necesario tener presente varios aspectos del tema, si queremos tratarlo en forma de estudio que sirva para llegar a conclusiones, si no irrefutables, por lo menos acordes con nuestras realidades nacionales, hasta donde ello es posible a virtud de un conocimiento incompleto, incierto y siempre modificable objetivamente, de dichas realidades.

Esos aspectos están indicados en el tema mismo, y determinan su orden general, dentro de este breve estudio, en cinco partes como sigue: I. Mecanización y Tecnología; II. El aspecto económico; III El punto de vista sociológico y de la mentalidad campesina; IV. Consideraciones finales, y, V. Propositiones.

Pero, antes de proceder a hacer el estudio de cada uno de los principales aspectos a que nos referimos, es necesario tener en cuenta que las bases de cualquiera conclusión son la sociológica y la económica. Dentro de la base sociológica es imprescindible incluir tanto las condiciones de vida que se realicen como las idiosincracias características que se ofrecen en las comunidades regionales motivada por las condiciones aludidas y por las circunstancias económicas tradicionales, que han venido arraigando en dichas sociedades.

Para lograrlo, es necesario considerar los datos que proporciona la evolución sociológica de nuestro país, no sólo en su conjunto, puesto que la realidad a que se ha llegado dentro del mismo, difiere de región a región aún cuando éstas permanezcan ya en la actualidad interrelacionadas por un avance, penoso y precario, en las comunicaciones, los transportes y la difusión de la cultura y de la técnica.

La Independencia de México fué el primer paso sociológico que, además ha sido la base política para una creciente unidad nacional en ambos aspectos: el económico y el social.

La idiosincracia nacional, sin embargo, no es la misma en todos los ámbitos del país; lo cual se explica por las diferentes influencias y el distinto grado de las mismas, que se han venido operando desde un plano igual a cero en muchas comunidades, hasta el elevado que corresponde a otras y que significa por el contacto con realidades sociológicas, económicas, políticas y de otra índole, tanto en relación con los países extranjeros, como con los demás núcleos de población del país en todos esos aspectos.

Un ángulo de especial interés reside en considerar que la realidad social de cada conglomerado —sin menospreciar las influencias mencionadas— determina sus condiciones de vida, y que dentro de éstas se debe sin lugar a dudas, estimar lo que se llama nivel de vida. Pero desgraciadamente, los sociólogos y los economistas en general han querido incluir, dentro de esta designación, aspectos que deben ser identificados con los que justamente hemos de llamar estilo de vida y contenido de la existencia en hombres y pueblos.

Esas tres fundamentales condiciones de vida, cuando se conjugan y

## INFORMACIONES SOCIALES

se establece entre ellas la adecuada relación sociológica —en la que influye, ciertamente, un contenido psicológico imprescindible e insoslayable— pueden ser acertadamente conducidas para lograr la finalidad máxima que se persigue, o sea el bienestar y la seguridad de las poblaciones.

Los conceptos de nivel, estilo y contenido a que nos referimos, no son fáciles de determinar; pero, aún así, es aconsejable partir de las bases que significan, tanto para determinar una idiosincrasia cuyo conocimiento es requerido por el plan y los procedimientos para la mecanización, cuanto para poder encauzar la mentalidad campesina hacia la finalidad señalada.

Es preciso, además, considerar ciertos hechos históricos acaecidos, a partir de la conquista y de la colonización españolas, en el viejo Imperio de Anahuac y en los territorios situados al norte y al sur de la Nueva España para formular una teoría cercana a la verdad en cuanto a las realidades que prevalecen y se observan en los núcleos de poblaciones que actualmente habitan esas regiones.

La mentalidad de los pueblos se forja a través de la historia, en el hacer y en la interrelación que va operándose paulatinamente, al impulso de la civilización y el progreso —cultura y técnica— como factores de intercambio de modos de vida, de costumbres, de tradiciones, de normas sociales y de sistemas económicos.

Los centros industriales, las comunidades rurales, las formas de vida y la mentalidad de los grupos humanos radicados en el norte del país, son, en lo general, de reciente formación. La influencia de costumbres, técnicas, prácticas sociales y mentalidades, provenientes del país vecino del norte, han determinado y determinan posibilidades crecientes para la industrialización y para la mecanización agraria.

En el sureste —península de Yucatán, donde aún como cosa tradicionalmente sabida, las poblaciones se esforzaron, en tiempos ya, por fortuna, remotos, para bastarse a sí mismas por su lejanía del centro del país, principalmente debido a la carencia de medios de comunicación— la mentalidad es distinta aunque los resultados, para los efectos de una mecanización rural y para una industrialización completa, serían semejantes a los previsibles para el norte de México. Siendo poblaciones laboriosas, han estado unidas en la lucha por la subsistencia en un suelo que no presenta grandes posibilidades para la obtención de recursos; la influencia exterior que ha recibido es menor que la operada en el norte del país, por la carencia de comunicaciones eficientes, lo cual vino determinando, en el pasado un raquítico intercambio en el centro del país y con las Antillas, a cuyo través recibieron aunque desvirtuada en muchos aspectos, la influencia de la técnica norteamericana.

Por lo que toca al centro y, sobre todo, al sur de nuestro territorio actual, se observa, merced a claros hechos históricos y desde la conquista y la colonización hasta antes de la Revolución Mexicana, a la opresión de la del caudillaje y del latifundismo, que determinó un modo de ser peculiar en el campesino, quien, si permaneciera abandonado a sus propias posibilidades, quedaría impedido para sumarse a la evolución

## INFORMACIONES SOCIALES

social y el progreso económico. Es posible observar en las regiones de que se trata, muchos de los aspectos de la mentalidad campesina, para cuya formación ha participado su apego —que no siempre es amor— a la tierra, motivado por diversas causas como las de haber formado parte de ella en largas épocas pasadas; de que es precisamente de ella de la tierra —de donde va obteniendo su subsistencia; de que en ella tiene establecido su sistema de vida, y donde esa vida se realiza saturada de tradiciones, en las cuales las prácticas religiosas, unidas a la leyenda, el mito, la superstición y el prejuicio, han venido estructurando las mentes hasta tomar a ese mundo en que se desarrolla su existencia— emergido de la realidad que se confronta— como único medio, no solamente aceptable, sino exclusivo de cualquiera otro, imaginable o real, que tratara de manifestarse.

Para la mentalidad campesina,, considerada en lo general, otro mundo, que no es el propio, tomó cuerpo en el progreso de la técnica que se materializa en la máquina, y en la civilización que se muestra en la educación y la cultura.

Pero señalemos algunas consecuencias que origina el retraso de nuestras poblaciones, observado así a grandes rasgos.

La forma tradicional de explotar la tierra, según los procedimientos de una agricultura arcaica, y de obtener los productos necesarios de un medio ambiente rural primitivo, es poco menos que depender de la naturaleza sin mayor intervención humana que la necesaria —esfuerzo penoso, jornadas interminables, zozobra— para tomar lo que aquélla ofrece, aunque esa intervención sea cuantitativamente desproporcionada con sus productos.

Por lo que toca a la ganadería, en muchas regiones se encuentran aún sin rebasar los límites del pastoreo; y, en cuanto a la industria, permanece en calidad de artesanía.

Es decir, que, por lo general, la agricultura, la ganadería y la artesanía, siendo las principales actividades que permiten subsistir a la población rural, emplean técnicas practicadas desde que los pueblos se instalaron en las tierras, pues la técnica nacida de la ciencia, manifestada en el maquinismo y que permite una productividad mucho mayor a dichas actividades, aún no ha llegado a México por completo.

La producción agraria requiere de un esfuerzo superior, puesto que el hombre, sin emplear útiles adecuados ya existentes, y sólo con la aplicación directa de su habilidad manual y de su fuerza muscular, obtiene un rendimiento escaso y disminuído por la falta —motivada por carencia y desconocimiento— de fertilizantes y métodos modernos que, como auxiliares de la mecanización, habrían de determinar una producción no sólo bastante para satisfacer las necesidades nacionales, sino remanente para la exportación. Hace trescientos años se empleaban ya, en los países actualmente desarrollados, procedimientos mejores que los usados hoy en México y en los países subdesarrollados de la América Latina, Asia, Africa y Oceanía; y, ahora todos ellos van quedándose cada vez más relegados en la marcha hacia el progreso económico y social, porque los países desarrollados adelantan cada vez más; y el abismo que separa a

## INFORMACIONES SOCIALES

ambos grupos de sociedades humanas se ahonda y muestr la miseria y la inseguridad de los retrasados, mientras los demás incrementan su economía y apoyan en ella su estructuración social hasta darles una seguridad creciente en su victoria contra el hambre, la enfermedad, la ignorancia y el desempleo.

Es necesario pensar, pues, que, si en la agricultura mexicana es normal el uso del arado egipcio todavía, y los sistemas de siembra, cultivo, cosecha y almacenamiento son tan primitivos, en la ganadería y sus derivados se aplican aún procedimientos rudimentarios, pues en ella la inseminación, la crusa, la desinsectización, y la prevención y la erradicación de enfermedades son tan desconocidos, como el conjunto de métodos modernos para el albergue, la ordeña, la curtiduría, la conservación de carnes y la producción de alimentos. Sistemas, procedimientos y métodos que, de aplicarse, darían como resultado una producción constante y progresivamente aumentable, sin depender de la naturaleza, sino del esfuerzo humano apoyado en conocimientos e instrumentos que la técnica moderno proporciona.

Por todas esas consideraciones, es posible afirmar, en concreto, que la mayor productividad se dificulta por la carencia de capitales, de vías de comunicación, de capacitación técnica, y de educación en su estricto significado de elevación humana para la conducta y la convivencia.

### I. MECANIZACION Y TECNOLOGIA

Entre los medios económicos de que México dispone para cubrir el monto de sus importaciones, cuenta la exportación de materias primas y de productos agrícolas; y si no es suficiente la producción de artículos alimenticios de mayor consumo en el país —tales como maíz, frijol, trigo y otros—, la situación que se plantea empeora nuestra economía, pues debe recurrirse a la importación y se constituye así una carga nacional que debe ser aligerada por otros sectores de la producción.

Los seres humanos, por otra parte, se alimentan principalmente de productos vegetales y animales que provienen de la actividad rural agrícola, ganadera y sus derivados, y que alimentan a la población total de México, incluyendo a quienes se dedican a otras ocupaciones como la industrial, la comercial y la de servicios en general.

Por esas causas una gran parte de nuestro territorio disponible se dedica a esas actividades y, exceptuando el algodón, el henequén y los animales destinados a proveer de pieles, lana o fuerza de tracción, todos los demás productos directos del campo son dedicados a la alimentación.

Por las mismas razones, la mayor parte de la población económicamente activa se dedica a producirlos, y el grueso de la población total vive en el campo. Para confirmarlo, citemos algunos datos estadísticos: en 1953 el número de trabajadores agrícolas fue de 4'823,901, mientras 3'463,891 eran trabajadores en industria, comercio y servicios, representando los primeros el 58,32 por ciento, y los segundos el 31,68 por ciento de la población económicamente activa de México; por lo que toca a

## INFORMACIONES SOCIALES

la población total, en 1950 sumaba 25'791.017 personas y de ellas poblaban las zonas rurales 14'807,534, mientras 10'983,483 integraban la población urbana (1). Este fenómeno se explica cuando recordamos que, en los países no industrializados, la producción de alimentos es factor de localización de la población.

Sin embargo, nuestra actividad agrícola es fuente insustituible no sólo de alimentos, sino también de materia prima, pues proporciona artículos vegetales y animales con destino a las industrias empacadoras y de transformación (legumbres, frutas, carnes, etc., para la primera; pieles, leche, azúcar, grasas, algodón, henequén, etc., para las segundas).

Además, la manufactura artesana es actividad que proporciona sustento a innumerables personas que viven en las zonas rurales, y conforme a nuestra opinión, servirá de base para la creación de industrias en que se empleen los adelantos de la técnica moderna, ya que la agricultura y la industria deben caminar juntas en México —como son los propósitos de nuestros gobiernos— pues la experiencia de otros países nos muestra que es inexacto señalar una etapa agrícola y otra industria en el progreso económico. Y, si en el predominio de la primera de sus actividades, es notoria la existencia de la actividad artesana, en el predominio de la segunda no puede desconocerse la importancia de la actividad agrícola como proveedora de alimentos y de materias primas.

Es decir, que todo país que desee llevar a cabo su desarrollo económico sano, firme y seguro, aunque a velocidad moderada, debe mantener cuidadosamente el equilibrio entre los niveles de población y de alimentación, proveyendo en forma inteligente y efectiva al desenvolvimiento agrícola y al desarrollo industrial paralelos. Este es el caso de México.

Ahora hagamos algunas consideraciones fundamentales.

El permanente esfuerzo humano se realiza para dominar, en beneficio también humano, a la naturaleza. Esa finalidad es el incentivo de los descubrimientos, los inventos, la aparición de la ciencia, el nacimiento y el desarrollo de la técnica y, como momento culminante de tal esfuerzo, la aplicación de esta última apoyada en los otros factores indicados, para obtener de la naturaleza todo lo deseable por los seres humanos en su perpetuo afán de satisfacer sus necesidades que progresivamente crecen en cantidad, pero de las cuales la fundamental, para ser satisfecha inmediata y adecuadamente, es la de alimentación; aunque, para el bienestar humano, se requiere la satisfacción de todas.

Por esas causas, en la época moderna se debe aprovechar el progresivo avance de la técnica cuyo apoyo es la ciencia, ya que como asienta **Pei-Kang Chang**, “el hecho que la tecnología es científica, es una característica básica que distingue el período moderno, el período del sistema fabril, del período del artesanado” (2); pensamiento que debemos reforzar, para su mejor comprensión, en la idea de **Sombart** expresada así (3) “...lo que caracteriza a la técnica moderna es que es científica. La ciencia y la técnica están estrechamente relacionadas, que representan el

(1) Dirección General de Estadística, México.

(2) PEI-KANG CHANG: Agricultura e Industrialización.

(3) WERNER SOMBART: Moderno Capitalismo.

## INFORMACIONES SOCIALES

lado teórico y el lado práctico del mismo movimiento. La técnica medieval era, por una parte, tradicional, ya que se recibía de un maestro y se enseñaba a su vez; por otra parte, era empírica, descansaba en la experiencia y no en el razonamiento científico objetivo... Así, la técnica moderna es a la vez racional y científica". Por tales motivos, la tecnología, considerada siempre sobre las bases concretadas por los dos mencionados autores, es una unidad que va incrementando su contenido y que se integra de conocimientos y de procedimientos aplicables a una finalidad mediante instrumentos; en el caso de nuestro estudio, de instrumentos materiales.

Ahora bien, la finalidad que guía a la mecanización, es intensificar la producción agraria para obtener un mayor rendimiento de los recursos naturales a la vez que simplificar y facilitar la actividad de trabajo relativa. Por esa causa, mecanizar es tecnificar, ya que presupone la aplicación de instrumentos (máquinas, útiles, artefactos, obras, implementos y construcciones) a la vez que el empleo de conocimientos y procedimientos que permitan esa aplicación de los instrumentos que, de otro modo, resultarían inútiles por completo y hasta perjudiciales.

**Hicks** (4), clasifica la tecnología agrícola en tres tipos que son: a) el que permite un ahorro de tierra, b) el que disminuye el trabajo, y c) el que ayuda a reducir el capital. De ellos a nosotros nos interesan los dos primeros especialmente, ya que el capital disponible que se vaya aplicando como valor de los instrumentos mencionados, será el requerido por la necesidad mínima que establezcan las investigaciones y los estudios; además de que, siguiendo a **Pei-Kang Chang** "debemos destacar la tierra como el factor básico de la producción porque en la economía actual es fija", y a pesar de que en nuestro territorio es posible contar por algún tiempo con tierras disponibles, puesto que, para ser abiertas al cultivo y a la explotación en general de tipo agrario, deberán hacerse erogaciones que progresivamente serán más fuertes debido a la configuración topográfica, sin olvidar que es necesario conservar nuestro patrimonio de tierras cultivables actuales y no esperar hasta agotarlas.

Si se emplea más trabajo, tendremos "cultivo intensivo" y, si se emplea mayor superficie de tierra, haremos "cultivo extensivo". Es posible elegir entre ambos, pero lo aconsejable es el empleo de los dos, pues el segundo de ellos, tal como hemos concebido la tecnología y la mecanización representaría la obtención rudimentaria de productos cada vez más pobres y raquíticos hasta esterilizar la tierra. En cambio el intensivo aplicado a la mayor cantidad de tierras posible, significa el cultivo racional que no sólo aumentará la productividad momentáneamente, sino que conservará el suelo y lo hará más fértil, constituyendo una verdadera riqueza renovable y útil indefinidamente, con todas las consecuencias naturales para el progreso económico.

"Entre otras formas de cultivo intensivo —prosigue **Pei-Kang Chang** — debe destacarse especialmente el proceso de maquinización pues ahora trabajo, aumenta la productividad por hectárea y por hora-hombre".

(4) J. R. HICKS: *Tlunoy of Wages*.

## INFORMACIONES SOCIALES

Las tres clases de tecnología agrícola que señala dicho autor son: 1) establecimiento de sistemas de rotación en animales y plantas; 2) aplicación de máquinas y equipos accionados por energía animada; y 3) empleo de fertilizantes —que, entendemos, pueden ser orgánicos o inorgánicos—, la eliminación de plagas y enfermedades, y la adopción de sistemas que impidan la erosión del suelo.

Para nosotros, esas tres clases se reducen a una, pues no es concebible, sobre todo, el empleo de máquinas sino se aplican los otros dos tipos de técnica apuntados, o, por lo menos, el tercero de ellos al mismo tiempo, sobre todo siguiendo los lineamientos de este ensayo, y considerando las circunstancias que México presenta en la actualidad.

Pues debemos recordar, entre esas circunstancias, la extensión de los predios agrícolas para la mecanización, y las posibilidades económicas y sociales de nuestro país, que sólo permiten, los primeros, una adecuada organización de los trabajos, y las segundas, escalonados avances a la velocidad moderada en la introducción de todos los elementos técnicos como son las máquinas de labranza, instrumentos de desinsectización y de fertilización, sistemas de riego y de drenaje, segadoras, si los, transportes y los demás necesarios. Se confirma por todo ello la idea acerca de la bondad de las cooperativas agrícolas y de los centros agrícolas, que habrían de proporcionar, junto con máquinas e implementos, los servicios y la enseñanza necesaria, en una organización vigilante y eficaz.

Otro aspecto de nuestro problema, es que el volumen de las cosechas anuales en nuestro país varía de región a región. Tomemos como ejemplo el maíz y el frijol, analizando la producción de 1953 para comparar el rendimiento por hectárea en algunos lugares de nuestro territorio: en maíz, Nayarit obtuvo 1,237 kilogramos por hectárea, Jalisco 1,016, Chiapas 860, Querétaro 673 y Durango 457; en frijol, Baja California Norte obtuvo 500 kilogramos por hectárea, Nayarit 387, Chiapas 304, Jalisco 296, Durango 288, Querétaro 249 y Aguascalientes 220 (5).

Los datos anteriores fueron tomados del margen entre la mayor y la menor producción de la República, que es bastante amplio; y lo mismo se observa en todos los demás productos agrícolas, como el arroz, cuya producción para el mismo año fué, en Morelos de 3,922 kilogramos por hectárea, en Chiapas, de 1,550 y en Sonora de 700 (6).

Indudablemente los factores climáticos, entre otros, influyen y determinan el fenómeno apuntado; pero, precisamente, la tecnología permite contrarrestar el predominio de la naturaleza y otorga a las poblaciones instrumentos, sistemas y conocimientos adecuados para librar-se de él.

Cada cultivo, como cada clase de explotación agraria, requiere, por otra parte, de un estudio especial para aumentar la productividad de la tierra a la vez que se conserva el suelo.

Tenemos ahora como ejemplo el del arroz, para cuyo cultivo se re-

(5) Dirección General de Estadística, México.

(6) Dirección General de Estadística, México.

## INFORMACIONES SOCIALES

quiere irrigación y drenaje de tipos especiales, ya que se necesita de mayor cantidad de agua que otros, debiendo ser aplicada adecuadamente en cuanto a su volumen a la oportunidad, considerándose que el drenaje es tan importante como la propia irrigación, pues ésta, sin drenaje es perjudicial, ya que generalmente tiende a ser alcalino el suelo y daña el cultivo (5). Se necesitan, asimismo, abonos y fertilizantes, recomendándose el empleo de los primeros, especialmente el de origen animal, como se viene haciendo en las regiones del sur y del este de Asia, sin que se abandonen los fertilizantes químicos, por más que actualmente se obtengan a un costo muy elevado. En la India se observó recientemente que con la aplicación de “abono verde” se incrementó la producción arrocerá en un veinte por ciento aproximadamente y, al usarse fosfatos en dicho abono, se logra un incremento más del 10%. Del mismo modo, se ha observado en China, Japón y Corea un incremento en las cosechas, que fluctúa entre el 15 y el 35%, con el empleo del sulfato de amonio.

Factor importante es también el de las semillas mejoradas, ya que es posible que, mediante la hibridación, se aumente la cosecha en un 25%.

Y, en cuanto a las máquinas y herramientas, es indudable que, no sólo en el caso del arroz, sino en todos los demás, aumente la productividad de la tierra y del trabajo, ya que el empleo de útiles rudimentarios exige mayor esfuerzo humano, por lo que la producción per cápita —y, por lo mismo, el ingreso per cápita— es sumamente bajo.

Acerca de este pormenor, carecemos de datos para México, pero consideramos que el trabajo-hombre por acre de trigo en los Estados Unidos es de uno a dos días, mientras que en China es de 26, y para la producción de algodón, en el primero de estos países es de 14 días mientras que en el segundo es de 53.

En México ha venido aconteciendo algo semejante que en China, que no es posible evitar a nuestro desarrollo económico en general, y particular el rural, los pasos necesarios y previos para lograrlo. Muy alentador es, sin embargo, que innumerables pasos de esa categoría se han dado ya.

Es prudente recordar, sin embargo, que nuestros campesinos necesitan fundamentalmente, tractores pequeños porque sus predios son de poca superficie; carecen de medios económicos para adquirirlos; deben ser enseñados y adiestrados para usar dichos artefactos; deben ser convencidos de las ventajas económicas que el uso de los mismos representa, y no disponen de refacciones ni combustibles.

Y lo que se dice de los tractores es aplicable a los demás artefactos requeridos para la mecanización, aunque cabe observar que todos ellos podrían ser adoptados para los diferentes tipos de cultivo, siempre que se proveyera a eliminar los problemas señalados.

Pero surgen otras condiciones necesarias para la tecnificación, como la eliminación de pestes y plagas, y el establecimiento de almacenes apropiados para evitar mermas de roedores, insectos y otros agentes destructivos.

## INFORMACIONES SOCIALES

Es claro que lo anterior, aunque se refiera sólo a la producción agrícola, y, aún cuando hayamos empleado el ejemplo del arroz, es aplicable a toda la producción de alimentos en las zonas rurales, incluyendo la ganadería y la elaboración de productos animales; pues no debe olvidarse que, para tecnificar esas actividades, es necesario emplear procedimientos como el demerorar las especies mediante la cruce y otros aconsejados por la técnica, al lado de implementos, útiles y máquinas requeridos para obtener una productividad superior.

Quizá el ejemplo de Dinamarca sea el más notable en el mundo (7), acerca de las ventajas de una mecanización introducida conforme a los dictados de la tecnología moderna. Veamos por qué.

La producción de trigo, cebada y avena lograda por dicho país, es superior a la producción británica entre 25 y 50%; de la remolacha azucarera y la de nabos suecos, entre 50 y 60%, todo lo cual se debe al uso de semillas mejoradas y al empleo de mayor volumen y mejor calidad en los fertilizantes.

Un dato de gran importancia, es el de que el campesino danés desarrolla sus labores en torno a su hogar, es decir, que si la extensión de su predio es de 15 a 30 hectáreas, dentro de esa superficie trabaja permanentemente y dedica todo su tiempo a la actividad de producir alimentos usando técnicas e implementos modernos.

En dicho país se operó el fenómeno, por primera vez en el mundo al parecer, de seleccionar el ganado para la mejor productividad; sus vacas daban 800 litros de leche por año en 1871, y en 1930 produjeron 2,800, cada una; y por lo que toca a la grasa de la leche, la producción por vaca subió de 30 a 125 kilogramos por año en esa época. Factor importante de esa notoria mejoría, es el sistema cooperativo.

Para concluir esta parte, debemos puntualizar que todas las formas de mecanización se relacionan y vinculan. Las principales de estas formas para las diversas labores necesarias a la tierra, los camiones y los vehículos requeridos por el transporte de productos sobre todo —para los cuales se necesitan caminos—, y la introducción de los demás tipos de artefactos para siembra y cosecha, así como sus aditamentos. Pero, además de vincularse entre sí, todas esas formas de mecanización deben ir apoyadas en la tecnología moderna, como un todo, considerada si se cuenta con posibilidades suficientes, o bien, en parte de ella como el uno de fertilizantes, pesticidas, almacenes y transportes. Todo esto tratándose de cultivos agrícolas, pues en la explotación de ganado y de sus productos es necesario también el adecuado conjunto de artefactos y procedimientos que en otro sitio hemos mencionado, así como transportes y caminos.

Las máquinas no sólo sustituyen a la llamada mano de obra, sino también a la fuerza de tracción de los animales y de otro origen natural; por lo que no debemos olvidar que, si el gasto en la adquisición y el sostenimiento de dichas máquinas resulta aparentemente antieconómico frente al gasto que, por esos dos conceptos debe hacerse respecto de los animales, estaremos en presencia de una nueva dificultad que, en

(7) Pei-Kang Chang: Agricultura e Industrialización.

## INFORMACIONES SOCIALES

cada región, deberá ser estudiada con el propósito de allanarla; sin embargo, esa apariencia puede ser aclarada, con base en su estudio, por medio de cálculos en los cuales la producción futura deberá ser tomada en cuenta.

De ese modo el volumen de la maquinaria que habrá de emplearse en México deberá ser calculado, teniendo en consideración la posibilidad de su uso material y de precios, tanto como en relación con su sostenimiento.

### II EL ASPECTO ECONOMICO

La mecanización agraria, considerada solamente como el empleo de artefactos accionados por energía inanimada, sólo es posible en la actualidad, mediante la importación de dichos artefactos, sobre todo quizá por iniciarse esa mecanización como parte de un programa de desarrollo económico, en el cual irán siendo tecnificados progresivamente tanto el trabajo del campo como el industrial.

En otros términos, no es posible hablar en el momento presente, de establecer industrias productoras de tales máquinas, debido a las circunstancias económicas de México, pues se carece de capitales para lograrlo.

Si estamos convencidos ya de la conveniencia de impulsar tanto la actividad agraria como la industrial, progresivamente y a velocidad moderada, son aplicables en nuestro caso los principios de acumulación y de interrelación presentados por el **Dr. Singer** (8), ya que un plan de inmediata aplicación —que ya se está realizando en gran parte aunque no considerado como un todo uniforme—, es el adecuado para el momento presente, pues es necesario actuar desde luego con los planes de que se disponga, sin esperar a tener otros mejores, y siempre con la condición de mejorarlos hasta el grado de obtener bases para otros planes de gran escala proyectados para el desarrollo económico total del país.

La mecanización y la introducción de una tecnología completa en las zonas rurales, deberá ser cuestión de tiempo, pero mientras es necesario ir aumentando una y otra, unidas, para obtener una acumulación de capacidad productiva de alimentos que se destinen al consumo nacional, incluyendo el de las poblaciones industriales, además de suministrar materia prima para las industrias empacadoras y de transformación.

Posteriormente, en una etapa en que ya se cuente con una alta productividad agrícola, será posible poner en marcha nuevos planes de desarrollo que se basen sobre la realidad alcanzada para entonces, y que signifiquen por una elevación de la actividad industrial, debida al paralelismo entre ella y la rural.

Todo ello se debe a la interrelación que existe entre la actividad agrícola y la industrial, pues aún cuando algunos autores como **Arthur Young** sostuvieron que el progreso agrícola era consecuencia del desarrollo industrial, esto sólo es admisible conforme a la consideración de

(8) H. W. SINGER: Development Projects as part of national Development Programmes.

## INFORMACIONES SOCIALES

que, en efecto, es verdad esa afirmación pero solamente en planes a largo plazo.

Desde luego debe darse a la tierra la mayor importancia como ase-gura **Pei-Kang Chang**; pero nosotros creemos que, en primer término, esa importancia corresponde al trabajo como factor económico, y a la población como factor sociológico de la productividad.

No es el sitio adecuado para hablar con amplitud del significado y de la esencia de la productividad, pero puede decirse que radica, sobre todo, en la mayor capacitación de los hombres. En cambio, nadie podría negar que el tema que estamos desarrollando tiene honda raigambre y se inspira, precisamente, en su contenido de productividad agraria.

Ahora bien, no es posible salirse del viejo cuadro establecido por por los economistas para señalar los factores de la producción, cuando se trata de la actividad rural, especialmente derivada hacia la agricultura. Así, en ésta, debe considerarse también a la tierra, el trabajo, el capital y la organización como tales factores; pero, insistimos, debe acentuarse la importancia del trabajo sobre todo desde el punto de vista sociológico y, más aún, desde el nivel educativo, sin desatender los otros tres factores, de los cuales, por su orden, tienen mayor importancia, la tierra, después el capital y en seguida la organización, ya que aquélla es, precisamente, la base sobre la cual descansa la actividad agraria, advirtiéndose para el futuro que, si se logra la tecnificación en las labores relativas, la organización y el capital adquirirán mayor importancia de la que les corresponde en México en estos momentos, pues volviendo a nuestros principios de acumulación y de interrelación (9), indudable que habrá de iniciarse un proceso de capitalización pero para ello no debe olvidarse el conjunto de condiciones requeridas.

Para darnos cuenta —en la forma mas cercana a la realidad económica que va viviendo nuestro país—, del aspecto económico que tratamos de entrever, recordamos que México tuvo déficit en 1952 por un millón de toneladas de maíz, 280,000 de trigo y 280,000 de frijol. Y vemos las providencias que fueron tomadas a partir de enero de 1953 (10) en que se inició el plan gubernamental de emergencia, conforme a los datos del informe rendido por la Comisión mixta integrada por el Gobierno de México y por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, y a los provenientes de nuestros bancos oficiales.

Desde enero de 1953, nuestro gobierno invirtió grandes sumas para impulsar la producción de los tres artículos mencionados, así como la del azúcar, el piloncillo y las grasas alimenticias. El Banco de México y la Nacional Financiera aumentaron sus líneas de crédito a los agricultores, a cerca de 500 millones de pesos en relación con 1952; además, los bancos oficiales financiaron con más de 700 millones de pesos la producción de alimentos y para la adquisición de 44,000 toneladas de fertilizantes fabricados en el país.

(9) H. W. SINGER: Development Projects as parte of national Development Programmes.

(10) Plan combinado de trabajo entre representantes de la Nacional Financiera (México) y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (ONU) 1953. The economic development of México.

## INFORMACIONES SOCIALES

El incremento logrado en 1953 para la producción de maíz y frijol, incluyendo la extensificación de los cultivos (11) comparativamente con 1952, fue como sigue:

	Superficie	Toneladas	Rendimiento por Ha.
MAÍZ . . . . .	624,000 Hs.	525,000	10 kilos
porcentaje de incremento sobre 1952 .	14,66 %	16,24 %	1,32 %
FRIJOL . . . . .	65,500 Hs.	55,000	53 kilos
porcentaje de incremento sobre 1952 .	1,60 %	22,68 %	20,95 %

Estos dos ejemplos bastan para demostrar la extensificación y la intensificación del trabajo agrícola, elevan de inmediato la producción. Quiere decir que esto, que la productividad depende del empleo de cualquiera de esos dos procedimientos o de ambos a la vez. Y es fundado suponer que tal fenómeno se produce en cualquiera otra actividad rural.

Pero para lograr ese aumento de producción — que se operó en todos los órdenes de la agricultura—, al lado de una mecanización impulsada moderadamente, se mejoró el regadío, el empleo de fertilizantes, el uso de semillas mejoradas y la aplicación de insecticidas.

Sin embargo, debemos hacer notar que, si aún es necesario importar productos agrícolas alimenticios, aún los de mayor consumo, se debe a que el crecimiento de la población es más acelerado proporcionalmente al cultivo y al monto de las cosechas de los mismos, ya que desde hace varios años los productores han intensificado el cultivo de especies no alimenticias como el algodón, para permitirles mayores utilidades.

A pesar de todo, podemos decir con satisfacción que el camino que va siguiendo nuestro país, aunque no con espectacular rapidez, debido a los desajustes económicos que viene confrontando y a sus posibilidades económicas que son escasas, si, en cambio, con paso firme y seguro que elimina cualquiera posibilidad de retroceso, hasta una economía equilibrada entre la agricultura y la industria, que habrá de ir consolidando día a día las bases para el completo desarrollo económico que repercutirá en el desenvolvimiento social.

Sin embargo, la agricultura, como ya hemos dicho, no dá el rendimiento suficiente para las necesidades internas, y la exportación de algunos de sus artículos todavía es pequeña en comparación con el nivel deseable, todo lo cual acontece en forma similar con nuestra industria. Pero paulatinamente va haciendo acumulación de capital y de otras fuerzas económicas, por lo que es necesario intensificar tanto la actividad agrícola como la industrial, dando preferencia a la primera ya que, representando la principal fuente de ingreso nacional, se hará menos ardua la tarea de mejorar las técnicas de la manufactura rural y de la indus-

(11) Dirección General de Estadística, México.

## INFORMACIONES SOCIALES

tria, las cuales proveerán a la agricultura y a la población del campo, de todos los artefactos y objetos que necesiten.

Es de temerse, sin embargo, considerando tanto el crecimiento de la industria, como la mecanización rural, que se operen fenómenos de desplazamiento ocupacional en el primer caso, y de subempleo en el segundo. Veamos en forma breve lo que ocurriría.

Desde luego es posible que la mecanización fuera amenazada de subempleo, pero el sistema agrario de México se está integrando en la pequeña propiedad, y se pone de manifiesto el interés gubernamental de difundir ésta con la apertura constante de nuevas tierras, seguida de su reparto. Podría decirse que llegará el momento en que no haya más tierras disponibles y que aún habrá población rural sin tierras; pero también es posible prever que, al paso firme y seguro de una moderna industrialización, como la que se va operando en México, poco a poco y según ya lo hemos expresado, llegará una equilibrada actividad entre industria y labores del campo, que permitirá, por un lado, suficiente mano de obra agrícola y, por otro, una absorción de excedentes de población campesina hacia la industria. Consideramos, además, que la tecnificación de la artesanía se ha venido incluyendo como posibilidad de desarrollo económico rural, y que, llegado el caso, la artesanía podrá proveer de mano de obra a la industria, como conducto entre la labor típicamente agrícola y la actividad industrial.

En suma, la mecanización agraria debe realizarse, apoyada en la tecnología, tanto para producir alimentos, como para auxiliar a la industrialización.

Para ello se requiere capital, del que carecen los campesinos, y que debe ser proporcionado a base de créditos. Es necesaria también la capacitación técnica de las poblaciones rurales, a la vez que se necesita una organización para coordinar el empleo de máquinas y artefactos.

Pero todos esos problemas podrán ser resueltos, al mismo tiempo que los demás que se plantearon antes, si se fomenta la integración y el trabajo de cooperativas, por un lado y, por el otro, si se crean centros de adiestramiento para enseñar prácticamente a los campesinos el manejo y el uso de máquinas e implementos, dotándolos de unas y otros mediante operaciones a largo plazo y a bajos intereses.

### III. EL PUNTO DE VISTA SOCIOLOGICO Y DE LA MENTALIDAD CAMPESINA

Además de lo expuesto ya anteriormente en relación con el título de esta parte, es necesario acentuar algunos conceptos. Debemos reflexionar, así, que “punto de vista sociológico” y “mentalidad campesina” son dos aspectos de la realidad que van unidos tan estrechamente, que hemos preferido tratarlos en esas condiciones, aunque dividiendo relativamente su estudio en dos apartados:

#### a) Punto de vista sociológico.

Desde luego, conviene distinguir entre “nivel de vida”, “estilo de vida” y “contenido de la vida o de la existencia”, como lo indica Clawson (12)

## INFORMACIONES SOCIALES

El primero de ellos es la posibilidad de adquisición y de consumo económico de las personas y de los grupos humanos, es decir, “lo que gastan para vivir (ropa, vivienda, alimentación, diversiones), y que depende de tres factores: los ingresos, los gastos y la habilidad para gastar los ingresos juiciosamente” (12), lo que implica desde luego: una posibilidad económica conforme al ingreso, un conocimiento de los diversos satisfactores económicos y de sus cualidades como tales y una educación suficiente para emplear el ingreso.

Por lo que toca al “estilo de vida”, queda determinado por la forma de ver la vida, es decir, por la estructuración mental de las personas, y que, considerando colectivamente a éstas, forma la mentalidad de los grupos. Citemos nuevamente a **Clawson**: “no es lo mismo —dice— nivel que estilo de vida; este último significa lo que quiere el pueblo, lo que pide, lo que le hace falta; aquello por cuya obtención haría mayores sacrificios”. El estilo de vida es, pues, la consecuencia de una valoración; podríamos arriesgarnos diciendo que es la base subjetiva del valor de uso económico, que, en su enfoque sociológico proporciona la pauta para el “estilo de vida” como aquí se conceptúa. Posiblemente así sea. El autor citado nos dice: “El estilo de vida es esencialmente subjetivo; es parte del personal tipo de valores para el sujeto... No pueden medirse las ideas. Pueden medirse las consecuencias de las ideas, pero no las ideas mismas, y pueden lograrse una aproximación para conocer el estilo de vida, viendo lo que hace la gente. Podemos saber lo que la gente encuentra más importante por las cosas que hace; y esto puede lograrse estudiando los artículos de consumo que prefiere con respecto a otros”.

Sin embargo, observamos que el “estilo de vida” parece identificarse con “los gustos” que contribuyen a formar el “nivel de vida” y del cual resulta ser uno de los pivotes.

En cuanto al “contenido de la vida” como factor sociológico, se manifiesta por lo que las personas y los grupos obtienen de la vida en satisfacción, bienestar y seguridad. Muchos ejemplos podrían ofrecerse para concretar su significado, sobre todo en nuestro pueblo y, especialmente, en la población campesina considerada por regiones. ¿Es posible —podemos preguntarnos— que nuestros campesinos, agricultores, rancheros, peones, ejidatarios, artesanos, cambien el “contenido de su vida” actual, que radica en el contacto directo con la tierra, con los animales de labranza o productivos, con sus instrumentos y útiles rudimentarios, por un alejamiento de ese ambiente semiprimitivo? ¿Qué fenómeno psíquico se operará en sus personas al ser enfrentados a otros sistemas como el que implica la tecnificación? ¿Y socialmente? Problemas son estos que deben ser solucionados antes de desarrollar vastos planos de mecanización agraria, y, en esas soluciones, deberán ser tomadas en cuenta las tradiciones, las costumbres y los prejuicios de la población campesina, para respetar las primeras, encausar las segundas y destruir los últimos.

El problema del bienestar —como contenido de la vida en todo sitio—

(12) MARION CLAWSON: Organization and Administration.

## INFORMACIONES SOCIALES

no se resuelve llana y simplemente con la mecanización aún lográndola, puesto que se trata de obtener un real bienestar, verdadero y completo, de la población; de los campesinos para ser más explícitos, y no podríamos asegurar que una tecnificación plena trajera ese bienestar.

Y, sin embargo la tecnificación plena habría de originar la producción de alimentos básicos para la población total de México, y de materias primas para la industria y la artesanía que habría de ser tecnificada también, progresivamente.

El problema es claro y preciso; radica en saber: 1) hasta que altura deben irse mecanizando las zonas rurales, lo que podrá determinarse obteniendo cifras exactas de producción actual; necesidades nacionales de alimentación que deben ser satisfechas en proporción creciente; cantidad y calidad de útiles, máquinas, sistemas de riego, presas, transporte agrícola, fertilizantes, etc. disponibles en la actualidad; necesidades progresivas de todos esos implementos, para aumentar la producción en calidad y cantidad adecuadas al crecimiento de la población; 2) dificultades que se presenten por circunstancias: a) económicas, que implica la adquisición de los aludidos implementos y para su empleo en los fines perseguidos, conceptuando ese empleo como un todo en su conjunto tecnológico; b) sociológicas derivadas del uso tradicional de la tierra y de las formas arraigadas de producción en el campo, así como de las idiosincrasias regionales cuyas causas provienen de los niveles económicos, los estilos de vida y los contenidos que se dan a ésta, motivados a su vez y en forma principal, por la costumbres, las tradiciones y los prejuicios, en los que el nivel educativo no es ajeno.

La tecnificación rural es necesaria, insistimos, para lograr un deseable y acertado desarrollo paralelo a un desenvolvimiento social aceptable, considerando el beneficio nacional que habrá de obtenerse, y además, porque si el nivel de vida agraria es desatendido, llegará un momento —puede venir con rapidez inesperada— en que su inferioridad, respecto al nivel de otros núcleos de población, sea tan grande, que constntuya una seria dificultad para el progreso del país. Es pues, necesario elevar un nivel conforme a sus extremos ya señalados —ingresos, gastos, habilidad para gastar juiciosamente los primeros— que podrán lograrse mediante educación.

La pobreza de las zonas rurales es una dificultad para el desenvolvimiento de la nación, porque el resto de la población, en cualquier forma que se analice la situación, resiente la insuficiencia de los grupos campesinos, debido no siempre a falta de recursos naturales sino a su incapacidad para producir los bienes que necesita para subsistir, progresar y contar con trabajo, salud y educación en todos sus aspectos, como fuerzas acumulativas para el progreso económico y social que permita alcanzar el bienestar, la seguridad y la paz sociales.

Las tres principales calamidades que azotan a nuestras poblaciones rurales, son la pobreza, la enfermedad y la ignorancia, que se apoyan recíprocamente para dar como resultado niveles de vida sumamente bajos, ya que si los alimentos, los vestidos y la habitación son escasos, las enfermedades son endémicas y la ignorancia es general.

Los males que causan esas calamidades, sobre todo porque operan unidas, y la lucha para exterminarlas, son nacionales.

## INFORMACIONES SOCIALES

Las comunicaciones y los transportes son vehículos de ideas y de técnicas, y apoyan la interrelación de los núcleos de población, por lo que su ampliación será muy benéfica para los grupos que no alcanzan todavía a comprender siquiera la necesidad y la posibilidad de realizar cambios en sus procedimientos y maneras de trabajar, sobre todo porque el “contenido de la vida”, interpretable en sus aspiraciones de bienestar y seguridad, si incluye la ambición de mejoría, se opone, en cambio, a las tradiciones, las costumbres y las prácticas, que fundamentan su creencia en un peligro posible proveniente de todo lo que sea nuevo, como los procedimientos y los medios técnicos, en los cuales queda incluido, con preferencia, el empleo de la máquina y de sistemas diferentes a los suyos, ya que ignoran las ventajas que representan, además de que carecen de medios económicos para conocerlos y aprovecharlos.

El aprendizaje de conocimientos, por lo mismo debe ser progresivo, para que sus efectos sean provechosos, pues lo contrario no sólo sería inútil sino peligroso porque provocaría una reacción perjudicial de huida y de aversión a los cambios, con la pérdida de esfuerzos en la enseñanza, y de recursos en la adquisición de máquinas e implementos.

Entre las comunidades rurales mismas también se observa una diferencia notable en los niveles de vida, y no solamente entre las regiones industrializadas y las no industrializadas; y, lo que es más alarmante, las zonas más retrasadas han ido resistiendo poco a poco la disminución de esos niveles, pues las adelantadas han tenido la oportunidad de una tecnificación difundida en ellas, y de una acumulación de riquezas y conocimientos que las segundas no han logrado, ni podido lograr mientras no se obtenga una acumulación similar y, aunque pequeña, suficiente.

Esas zonas más pobres, de población rural —aunque algunas de ellas empiezan ya a recibir el impulso de la acción gubernamental significada, entre otras formas, por los Centros de Bienestar Rural y por la intensificación en la actividad agrícola—, son las más alejadas de los beneficios de la tecnificación y de las medidas de seguridad social que, en cambio, ya disfrutaban otras poblaciones sobre todo las industriales. Pero las fuerzas acumuladas, traducidas en crédito, servicios sanitarios y educación, habrán de alcanzarlas.

La nutrición es otro aspecto importante de la situación social en México (13), y se muestra en bajos índices de consumo que no son tan aparentes en el cálculo per cápita, porque se basa en promedios generales, pero cuya obtención cierta es posible mediante investigación concienzuda que muestre la realidad. Algunos ejemplos acerca de esos índices calculados para 1950, así como las metas que deben ser alcanzadas —y que son más interesantes para nosotros— en algunos productos alimenticios, aparecen a continuación y han sido tomados de estadísticas provenientes de las Naciones Unidas:

(13) NACIONES UNIDAS: Informe preliminar sobre la situación social en el mundo.

## INFORMACIONES SOCIALES

(Kilogramos per cápita al año)

Año	Cereales	Raíces feculentas	Legumi- nosas	Azúcar	Grasas	Huevos
1950	125	7	10	26	6	2
1960	145	7	15	26	8	3

Los anteriores datos, insistimos, sólo tienen plena validez para nosotros, por lo que toca a las metas alcanzables para 1960, pues es fácil comprender que, tratándose de promedios, se incluye a población con posibilidades de consumo y a población que carece de ellas. Podríamos, por otra parte, indicar muchos datos más dentro de los cálculos aludidos, y que deben determinar la producción para 1960.

En lo que respecta a la salud, bien sabemos que la ignorancia es fundamental para determinar la situación precaria de nuestras poblaciones, y que se une a la incompleta, cuando no nula, difusión de servicios sanitarios y de médicos.

Pero es la carencia de educación —aún de la fundamental— la que sirve de cimiento a la tremenda situación social de nuestras poblaciones rurales, a pesar de las beneficiosas campañas de alfabetización y de las actividades de enseñanza extraescolar que el Estado cumple.

Ante situación tal, habrá necesidad de atacar en principio el problema de la ignorancia —mal endémico que apoya a todos los demás que azotan a nuestras poblaciones rurales— por medio de la educación fundamental que, siguiendo el autorizado punto de vista de la UNESCO, es “el mínimo de educación general cuya finalidad consiste en ayudar a los niños y a los adultos privados de las ventajas de una instrucción escolar, a comprender los problemas del medio en el cual viven, a formar una idea justa de sus derechos y deberes, tanto cívicos como individuales, y a participar más eficazmente en el progreso económico y social de la comunidad de la cual forma parte”.

Anotemos, sin embargo, para reforzar la necesidad de realizar estudios de las comunidades rurales que, si para dar educación humana, social y técnica, que capacite a las poblaciones para un elevación de sus niveles de vida basada en el conocimiento y en la aplicación de los instrumentos, máquinas y técnicas, es necesario empezar por darles educación fundamental, se debe investigar y considerar las características sociales y económicas de esas comunidades, así como la mentalidad campesina en que se manifiestan y en la cual las tradiciones, los anticuados sistemas de vida y de producción unidos a las creencias, las costumbres y los prejuicios viejos y arraigados juegan un papel de extraordinaria importancia, con el propósito de impulsar a esas comunidades hacia la adaptación sana e inteligente de un proceder que caracteriza al mundo actual, y teniendo en cuenta la altura deseable de tecnificación para lograr el verdadero bienestar que anhelan dichas comunidades, o sea, elevarlas a un nivel de vida acorde, hasta lo posible con su estilo de vida y con el contenido de la existencia.

Todo lo cual quiere decir que se debe: 1º) estructurar las mentes

## INFORMACIONES SOCIALES

de los campesinos y hacerles cambiar sus creencias y actitudes respecto de los instrumentos y las técnicas actuales; 2º) hacerles conocer unos y otros objetiva y prácticamente, en su manejo y en su empleo.

Para ello sería necesario usar, entre los medios de conocimiento y además de esa enseñanza práctica, los conductos materiales de difusión, apoyando las campañas de alfabetización con libros y lecturas adecuadas, aprovechando también los periódicos, la radiodifusión y la cinematografía, junto con el auxilio de toda persona que cuente con cierta cultura, para transmitir los conocimientos y para contrarrestar la ignorancia, que es el principal factor social de diferenciación y de alejamiento cultural entre las poblaciones de nivel de vida superior y las comunidades en que ese nivel es bajo, y cuyo aislamiento determina éste en gran parte.

### b) Mentalidad campesina

Sabemos ya que la ignorancia en que viven las poblaciones campesinas es la base fundamental de todas las calamidades que padecen. Ignorancia no sólo en las técnicas modernas, sino en la evolución alcanzada por la cultura y por el desenvolvimiento de otras sociedades humanas.

“Los sociólogos Moore y Turmin —dice Eric Wolf (14)— han señalado el papel esencial jugado por la ignorancia en la preservación de la estructura de grupos y sociedades”.

Este pensamiento es claro, cierto y verdadero. Los sistemas de vida, basados en costumbres tradicionales, consideradas como integridad que estructura a los sistemas aludidos, van formando las mentes e integrando el “contenido de la existencia”, los “estilos de vida”, y al final de cuentas, los “niveles de vida”.

Pero no sólo esto, sino que tales sistemas, costumbres, contenido, estilos y niveles, que integran en su conjunto la mentalidad campesina como modos de pensar, de ver la existencia y de enfrentarse a las situaciones de su vida al colocarse ante el mundo en general, y que se hallan difundidos entre los seres humanos que forman las poblaciones rurales, convierten la mentalidad de éstos en el más serio obstáculo —por originar, como síntesis, falta de voluntad— para cualquier reforma, modificación o cambio social o económico, por ser distinto a lo tradicional, a lo acostumbrado, en suma, a lo único que se conoce y dentro del cual se vive como realidad social y como circunstancia económica.

Los prejuicios, que se engendran en la ignorancia y se fortifican en ella, son agentes activos de la mayor consolidación de dicha mentalidad, y se derivan como es sabido, para formar prejuicios nuevos hasta constituir una verdadera muralla psíquica que impide el paso a las nuevas posibilidades.

La ignorancia, ya lo puntualizamos, es factor de aislamiento para los grupos que la padecen en forma generalizada, y respecto de los grupos cuyo nivel educativo es superior.

(14) ERIC WOLF: El campesino latinoamericano.

## INFORMACIONES SOCIALES

Esa misma ignorancia generalizada, hace que, quienes van dejando de padecerla en lo personal, por algún motivo abandonen el grupo para buscar los horizontes sociales más amplios en los cuales esperan desenvolverse.

La ignorancia, vista desde otro ángulo, impide a los hombres y a las poblaciones la posibilidad de actuación adecuada frente a cualquier problema de la vida. El económico es uno de éstos, y, para resolverlo, hay que aplicar esfuerzo trabajo sobre el medio geográfico, y ese esfuerzo puede dar como resultados desde una producción rudimentaria, hasta la más elevada; pero tales resultados dependen de la mayor o menor capacitación humana y técnica de que se disponga.

Sin embargo, no es esa la única capacitación que se requiere para resolver todos los problemas humanos y sociales que los hombres y las sociedades de hombres tienen que enfrentar. Y, cuando no pueden resolver dichos problemas por su incapacidad, se apodera de ellos un sentimiento de impotencia que, generalmente, les hace huir, y no pocas veces les engendra muchos otros sentimientos, como el de "frustración", que les impele, como reacción psíquica, a precipitar la huida. O bien a la agresión contra normas, instituciones, personas o cosas. Este último fenómeno está bien estudiado por los psicólogos modernos, y ha recibido el nombre de "sentimiento de frustración-agresión" que mueve a los hombres y a los pueblos, carentes de cultura, hacia "el desquite" —como le llama nuestro pueblo— y hacia la violencia. Tal es, en forma generalizada, lo que acontece en nuestras poblaciones rurales.

Vemos, así, pues, que la capacitación no sólo debe ser técnica, sino humana, para la conducta personal y para la convivencia social.

El alcoholismo es una forma de huida, lo sabemos; pero la holganza, en todas sus formas, es otra, y todas ellas se derivan de la incapacidad para resolver los problemas que se enfrentan, como antes lo dijimos.

La idea de proporcionar educación a nuestras poblaciones rurales, que se encuentran en tales situaciones, se refuerza cuando reflexionamos sobre éstas.

### c) Relaciones humanas

No es posible eludir las consideraciones que surgen cuando pensamos en los cambios de técnicas deseables para nuestra población agraria.

En apoyo de esas consideraciones, recordamos que algunos autores han estudiado la importancia que tiene el cambio de técnica en las actividades económicas. Pero este cambio afecta, sobre todo, a las relaciones humanas que se desarrollan con motivo de la actividad-trabajo, por lo que es necesario tener en cuenta que, con la mecanización y los sistemas y procedimientos técnicos basados en la ciencia, habrá necesidad de llevar a cabo una organización proporcional gradual. Es decir, estructurar poco a poco, pero siempre apoyados en la realidad presente, las bases de relaciones humanas que tendrán que variar al irse operando dicho cambio en la realidad socio-económica.

No es lo mismo usar el arado antiguo, junto con los rudimentarios

## INFORMACIONES SOCIALES

procedimientos que actualmente se practican en muchas de nuestras zonas agrícolas, que emplear el tractor, la sembradora y las diversas máquinas, sobre todo porque éstas se aplicarán en unidades pequeñas de cultivo, pues no debemos olvidar que en nuestro país predomina el tipo de predio de cinco hectáreas o menos. Además, el aprovechamiento de los sistemas de riego y las construcciones; la conservación y el empleo debido de los canales de distribución y drenaje; el uso de silos y almacenes, así como la utilización adecuada de los créditos y, como es natural, los sistemas que éstos implican exigen nuevas formas de organización —que habrá de ser creada considerando todos estos extremos como unidad entre sí— y de tratos entre las personas.

Cierto es que, con la organización actual, los bancos y las empresas privadas distribuidoras de implementos han logrado ya valiosa experiencia, y que los trabajadores del campo en la agricultura, la ganadería y sus derivados, van obteniendo principios de capacitación técnica, como bases nunca desdeñables, pues sobre ellas se irán fincando mayor experiencia y mayor capacitación. Pero será necesario delinear la unidad de organización para el establecimiento de toda una tecnología rural, que mejore las técnicas de trabajo y proporcione los implementos de toda clase para la actividad campesina —y para las labores de artesanía como actividad lateral de trabajo del campo, considerándola con carácter permanente y no sólo de tipo estacional o incidental—, al mismo tiempo que todo el crédito, cómodo y oportuno, para los trabajadores rurales.

Insistimos en que es necesaria esa organización, porque las bases actuales de la actividad agraria no son suficientes para la introducción de la técnica y, de no preverse esta circunstancia, sería imposible lograr una cohesión necesaria entre las personas y entre los grupos, para llevar a cabo las nuevas tareas que presupone la introducción de factores y máquinas, para las cuales es necesario la comprensión entre quienes los manejan —por las formas y posibilidades de su empleo— como nuevo elemento de intensificación del problema de educación humana, social y técnica, que debe ser resuelto siguiendo el ritmo gradual de tecnificación en vista de la meta que se señala a ésta.

### IV. CONSIDERACIONES FINALES

Hemos visto que el desarrollo de las actividades rurales de México —entre las que deben ser incluídas la agricultura y la ganadería en general, como productoras de alimentos y de materia prima para la industria, así como las actividades relacionadas con ambas, y las que dan ocasión al trabajo de artesanía— encuentran sus principales obstáculos en la carencia de conocimientos técnicos, de artefactos mecánicos y útiles modernos y de transportes suficientes.

Esta afirmación no podía ser fácilmente desvirtuada, pues la simple observación objetiva y directa en las diferentes regiones del país —con algunas excepciones— la apoyan, aun cuando no dispongamos de datos completos acerca de equipos rurales y de maquinaria agrícola, y carezcamos de un conocimiento concreto y pormenorizado en lo tocante a la necesidad de dichos artefactos.

## INFORMACIONES SOCIALES

Es decir que, aunque conocida, esa carencia es indeterminada por falta de una evolución de la misma, y, por tal causa, no es posible satisfacerla sin una investigación por regiones, por necesidades y posibilidades ya sea de su adquisición en el extranjero, o de su producción dentro del país. No siendo posible esto último en los momentos actuales, los incrementos actuales, los instrumentos de que hablamos deben ser, desde luego, importados.

El transporte de los alimentos, especialmente los perecederos, es fundamental y no se cuenta en lo general con equipo permanente y renovable. Problema es también de importancia, por más que sea posible ya, en cierto grado, la producción interna. Pero al lado de esos dos notables problemas enfrentamos otros más que se relacionan con la producción de artículos industriales como fertilizantes, cuya elaboración en México está intensificándose gradualmente.

Sin embargo, no son esos los únicos obstáculos de carácter económico para la producción rural, pues además de los que hemos venido tratando en el curso de este ensayo, debemos considerar la falta de recursos de los campesinos, que les impide adquirir los artefactos y útiles necesarios; la poca extensión de las explotaciones agrícolas, el empleo inadecuado de los recursos disponibles, tanto en tierras como en créditos, el bajo nivel de producción de las comunidades y el exceso de mano de obra, de donde se originan bajos salarios. Por otra parte las Naciones Unidas recomiendan (15) una mecanización poco intensa en las regiones donde abunde la mano de obra, salvo si se atiende al mismo tiempo a la creación de otras actividades o centros de trabajo que ocupen los excedentes disponibles.

Es prudente recordar que no deben ser aplicados a la mecanización rural todos los recursos disponibles, porque México es un país pobre y resultaría antieconómico gastar nuestros recursos presentes en un vasto plan que abarcara todo el país y toda la actividad rural; pues, al fin y al cabo, lo que teóricamente se obtuviera en producción no habría de ser requerido de inmediato para satisfacer las necesidades presentes, aun teniendo en cuenta el crecimiento de nuestra población, que es el 3% aproximadamente, cada año.

“Lo correcto —expresa el **doctor Singer** (16)— es colocarse ahora en una posición que permita contar con mayores recursos en diez años y poder realizar la tarea más fácilmente entonces”.

En cualquier forma, si se trata de obtener mayor cantidad de alimentos, y de lograr materia prima para impulsar la industria, al mismo tiempo que proceder a la tecnificación de la artesanía, por un lado y, por el otro, de elevar el nivel de vida de las poblaciones rurales, es necesario señalar las metas deseadas para poder calcular el esfuerzo que habrá de llevarse a cabo en la mecanización, y determinar hasta dónde debe llegar ésta. Se impone así la investigación minuciosa por regiones, como ya se dijo en otro lugar, así como el estudio socio-económico acer-

(15) NACIONES UNIDAS: The economic growth of twenty republics.

(16) H. W. SINGER. Development Projects as part national Developments Programms.

## INFORMACIONES SOCIALES

ca de la utilización de la tierra, producción, exportación e importación de los productos; análisis de la tecnología existente; avalúo de necesidades y de posibilidades de tecnificación; estudio estadístico de los niveles educacionales en todos sus aspectos, incluyendo el fundamental, el económico, el tecnológico y el social.

Tenemos el caso de la producción de alimentos básicos para nuestra población total, provenientes de la agricultura.

Para señalar la meta de esa producción, creemos que son datos de importancia los siguientes: 1) incremento anual de nuestra población, partiendo del último censo (actualmente); el de 1950 señaló una población de 25'791,017, estableciendo un 57.4 por ciento para las regiones rurales, con 14'807,534 personas, un 42.6 por ciento para las zonas urbanas, con 10'983,483 habitantes. En seguida, sobre los datos anteriores, calcular un incremento de la población igual al 3 por ciento que es el aproximado a la realidad, lo que daría como resultado conocer la cantidad de personas —población total— que requerirán alimentación en el momento que se precise; 2) si las metas deben irse alcanzando en un esfuerzo constante, la alimentación habrá de ser incrementada año tras año en calidad y en cantidad, por lo que se tendrá en cuenta la producción actual de los productos respectivos, para rebasarla conforme a los datos que arroje el cálculo de la población y de consumo en el momento aludido.

Ahora bien, es necesario precisar que pueden existir dos finalidades en la tecnificación, que no se excluyen, pero de las cuales debe perseguirse desde luego la primera de ellas, para tratar de alcanzar después la segunda: esas finalidades pueden ser llamadas, respectivamente, IN-MEDIATA y MEDIATA. Este es el camino que va siguiendo México, pues la primera de ellas significa alcanzar el nivel de producción alimenticia adecuada, sin desatender el desarrollo industrial, lento pero seguro como ya indicamos. La segunda meta señalada, o sea la mediata, será alcanzada después y, con el plan actualmente en marcha, se está preparando el camino de lograrla, ya que consiste en elevar realmente y de manera efectiva el nivel de las poblaciones rurales. Sin embargo, los proyectos de desenvolvimiento agrícola nunca deberán considerarse a la manera de unidades independientes, sino como partes integrantes del programa de desarrollo económico total de México (17).

(17) NACIONES UNIDAS. The economic growth of twenty republics. Transcripción de la "Revista Mexicana del Trabajo".—México, Nos. 1-2, 3-4, y 5-6, 1956.

## *Campana de Vacunación Antivariólica efectuada en el Perú desde Octubre 1950 a Diciembre 1955*

**Por el Dr. Antonio de la Fuente E.**

Jefe del Departamento de Inmunizaciones de la  
División de Enfermedades Transmisibles del  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia  
Social del Perú.

El 23 de Setiembre de 1950 se firmó un convenio entre el Gobierno del Perú y la Oficina Sanitaria Panamericana para realizar un programa de vacunación contra la viruela.

Se pensó que si se inmunizaba al 80% de la población en un período de 5 años, se reduciría la viruela a cifras insignificantes, y posiblemente sería erradicada.

Para llevar adelante este programa se tuvieron en cuenta los siguientes factores:

- 1º) La importancia de la enfermedad y su extensión;
- 2º) La vacuna a emplearse;
- 3º) La técnica y equipo para su aplicación;
- 4º) Las características que debía reunir el personal de Médicos y de Auxiliares;
- 5º) El sistema de trabajo;
- 6º) La cuantía de los fondos necesarios para la ejecución del programa y la fluidez en sus entregas;
- 7º) La estadística y evaluación de los resultados.

1º.—*LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMEDAD Y SU EXTENSIÓN:* Desde la llegada de los españoles al Perú parece ser que existió la viruela en el País. Se cree que los ejércitos de Huayna Cápac fueron destruidos por la primera epidemia de esta enfermedad, habiendo muerto de ella el mismo Emperador. Esta posible epidemia de viruela se produjo alrededor del año 1529.

Desde aquella época se hizo endémica, presentándose periódicamente brotes epidémicos que asolaban todo el territorio.

## INFORMACIONES SOCIALES

No vamos a hacer historia de este período ya que de él trata el Dr. Juan B. Lastres en la "Historia de la Viruela en el Perú (Volumen Nº 3 de la revista "Salud y Bienestar Social"). Pero presentamos un gráfico (véase Gráfico Nº 1) que comprende el total de casos de viruela conocidos durante el periodo 1940-1955, que es de 29,779, con una media anual de 1,861, influenciada fuertemente por las cifras extremas de los brotes epidémicos. La mediana para estos 16 años es de 959 casos.

Es de tener en cuenta que todos estos datos son incompletos, pues la zona de denuncia no comprende más que aproximadamente el 40% de la población.

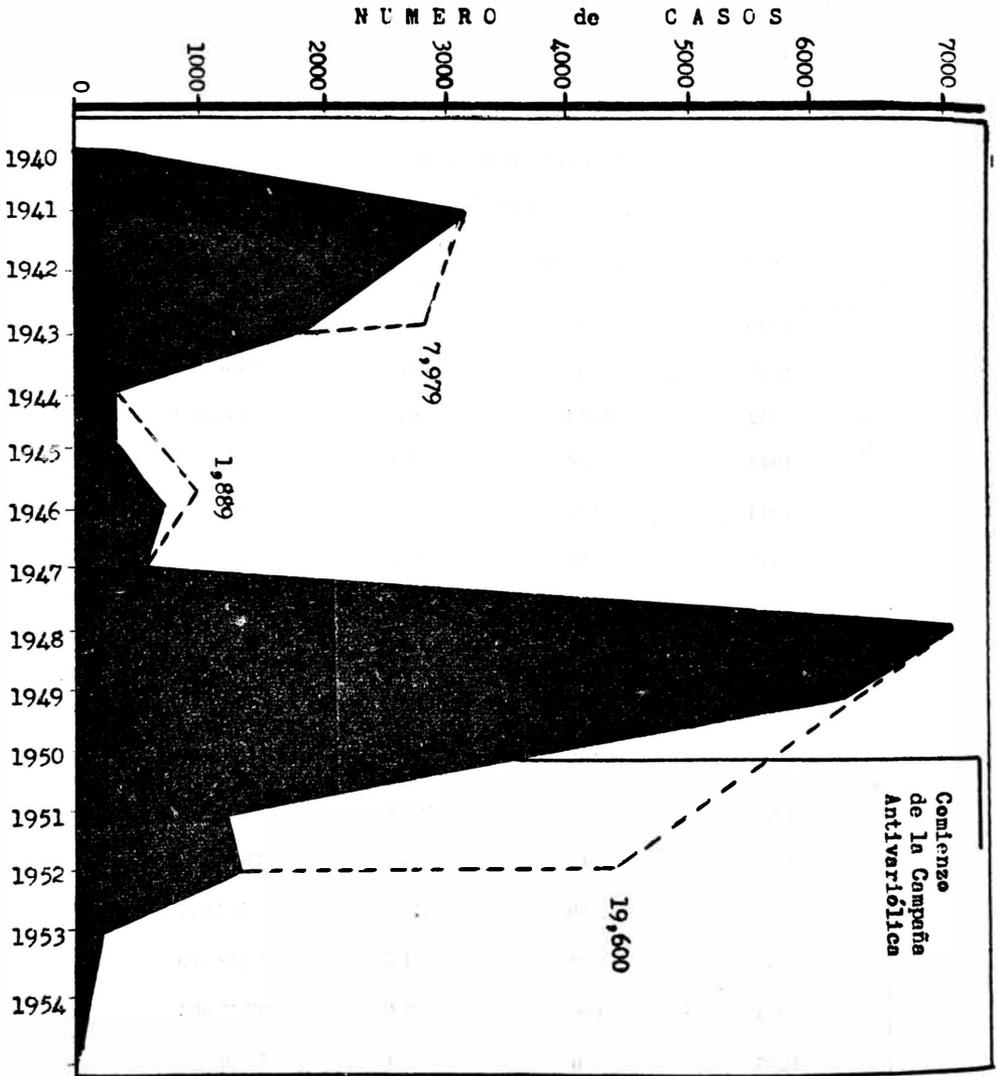
AÑOS 1940 a 1955

Cuadro Nº 1

<i>Año</i>	<i>Nº Tasa</i>	<i>Tasa x 100,000 H</i>	<i>Población Informante</i>
1940	466	16.3	2'850,123
1941	3,143	108.5	2'896,466
1942	2,514	85.4	2'943,562
1943	1,856	62.0	2'991,425
1944	296	9.7	3'043,159
1945	359	11.6	3'095,787
1946	700	22.2	3'152,532
1947	537	16.7	3'210,317
1948	7,105	217.0	3'275,833
1949	6,305	188.6	3'342,686
1950	3,612	107.1	3'373,290
1951	1,218	35.0	3'500,833
1952	1,360	40.0	3'412,977
1953	172	4.6	3'738,859
1954	136	3.4	3'977,066
1955	0	0	4'052,630

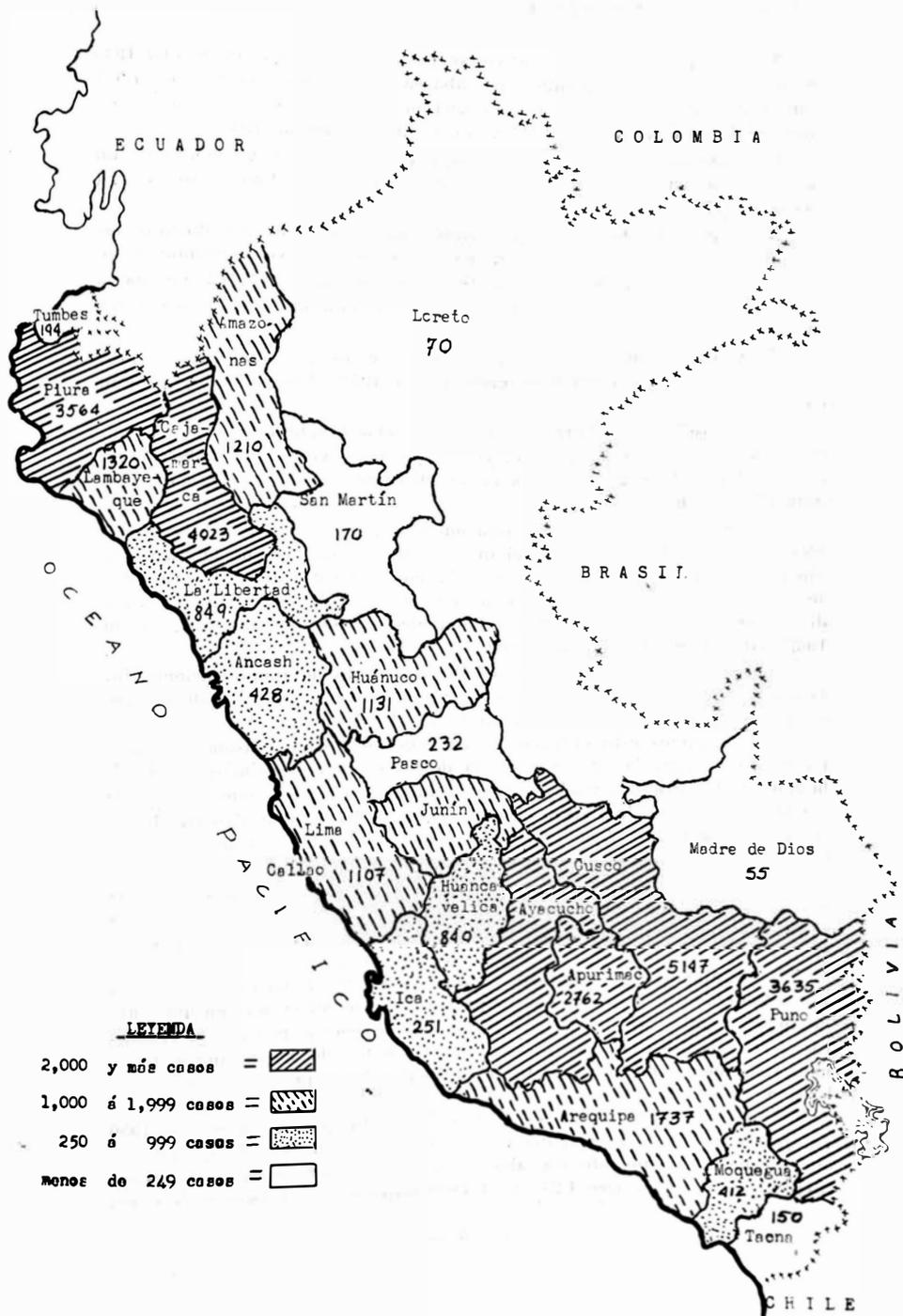
# LA VIRUELA EN EL PERU, N° 1940 - 1955

## GRAFICO N° 1



# MORBOSIDAD POR VIRUELA EN LA REPUBLICA

Nº de casos durante los años 1932 - 1955 (Por departamentos)



MAPA Nº 1

## INFORMACIONES SOCIALES

Si nos fijamos en este gráfico, se puede apreciar que en el año 1940 se inició un período epidémico que abarca 4 años, con un total de 7,979 denuncias, correspondientes esto a una media anual de 1,992 casos: un máximo de 3,145 en el año 1941 y un mínimo de 466 en 1940.

Este período va seguido de otros 4 años en que la viruela tomó un carácter endémico, produciéndose durante ese tiempo 1,889 casos y una media de 472.

En 1948 se inició el brote epidémico más alto registrado durante estos 16 años, pues durante el quinquenio 1948/52 se tuvo conocimiento de 19,600 casos, con una media de 3,920 y una mediana de 3,612. La máxima correspondió al año 1948 con 7,105 y la mínima a 1951 con 1,218 casos.

Este quinquenio es seguido por 3 años en los que solamente se presentaron 308 casos, correspondiendo 172 a 1953; 136 a 1954 y ningún caso a 1955.

Si nos referimos ahora a tasas por 100,000 habitantes y no a números absolutos como hasta aquí, vemos que la máxima observada correspondió al año 1948 y la mínima al de 1955 que fué de cero, como hemos indicado más arriba.

Presentamos un cuadro en relación a tasas por años y población denunciante (Cuadro N° 1), en el que se puede apreciar que la tasa máxima correspondió al año 1948 con 217 por 100,000 habitantes. También se ve claramente que el sistema de denuncia ha ido mejorando a través de los años, ya que en 1940 sólo abarcaba a 2'800,000 habitantes y en 1955 había aumentado a 4'000,000.

Debe tenerse en cuenta que el Departamento de Inmunizaciones investiga toda denuncia en relación a viruela; por lo tanto, podemos decir que la zona de denuncia abarca casi todo el país.

Si estudiamos esta enfermedad en relación a su extensión (ver mapa N° 1) se aprecia que la mayoría de los casos denunciados se distribuyen en dos grandes núcleos: uno situado en el Norte que comprende los Departamentos de Piura, Cajamarca y Lambayeque y otro en el Sur integrado por Cuzco, Ayacucho, Apurímac y Puno. En este mapa no hemos tenido en cuenta más que el número de casos sin considerar su relación con el de habitantes, pero de todas maneras llama la atención la existencia de estos dos grandes núcleos de viruela separados por una zona central menos castigada, así como los Departamentos de Selva que tienen un número muy reducido de casos. A este respecto, cabe pensar en la posibilidad de una mayor vacunación en los Departamentos de la Zona Central debido a que las empresas mineras efectúan inoculaciones de todo su personal y familiares; también se podría pensar en contactos fronterizos. En cuanto a los Departamentos de Selva, indiscutiblemente la menor incidencia está influida por la gran dispersión de población.

Si nos referimos ahora a la situación de la viruela en el año 1950 en que se comenzó la campaña de erradicación de esta enfermedad, nos encontramos que durante ese año se tuvo conocimiento de 3,612 casos, correspondiendo al Cuzco 1,247 y al Departamento de Amazonas 589, co-

## INFORMACIONES SOCIALES

mo puede apreciarse en el mapa N° 2. En el mapa N° 3, que hace referencia al total de casos por 100,000 habitantes, Amazonas ocupa el primer lugar, pero, teniendo en cuenta el terremoto producido en la ciudad de Cuzco en Octubre de ese año y el hacinamiento y traslado de la población consecuente, se decidió comenzar el programa de vacunación en esa ciudad y demás provincias del Departamento. Se consideró, además, que las vías de comunicación son mejores y la población más densa que en el Departamento de Amazonas, lo que bajo el punto de vista epidemiológico lo hacía más peligroso.

2º.—*LA VACUNA A EMPLEARSE*: Uno de los puntos básicos considerados antes de comenzar el programa, fué el relacionado con la clase de vacuna que se emplearía. El Instituto Nacional de Higiene en 1950 producía solamente vacuna glicerinada, la que por necesitar refrigeración hacía difícil y costosa su aplicación en el medio rural.

La Oficina Sanitaria Panamericana proporcionó vacuna seca para un experimento en una área predominantemente rural y con características de clima tropical.

Se escogió el Departamento de Tumbes que reunía estas condiciones y el experimento consistió en comparar la vacuna glicerinada con la liofilizada sin refrigerar durante un periodo de 31 días.

Las dos vacunas, de la misma procedencia (Laboratorio del Estado de Michigan) y con igual potencia en el momento de comenzar el ensayo, fueron inoculadas al mismo sujeto en ambos brazos, y la lectura se hizo 4 veces (en cada sujeto vacunado) de conformidad con el siguiente cuadro:

1ra. lectura a los 2 días	
2da. " " " 4 "	
3ra. " " " 7 "	
4ta. " " " 9 "	

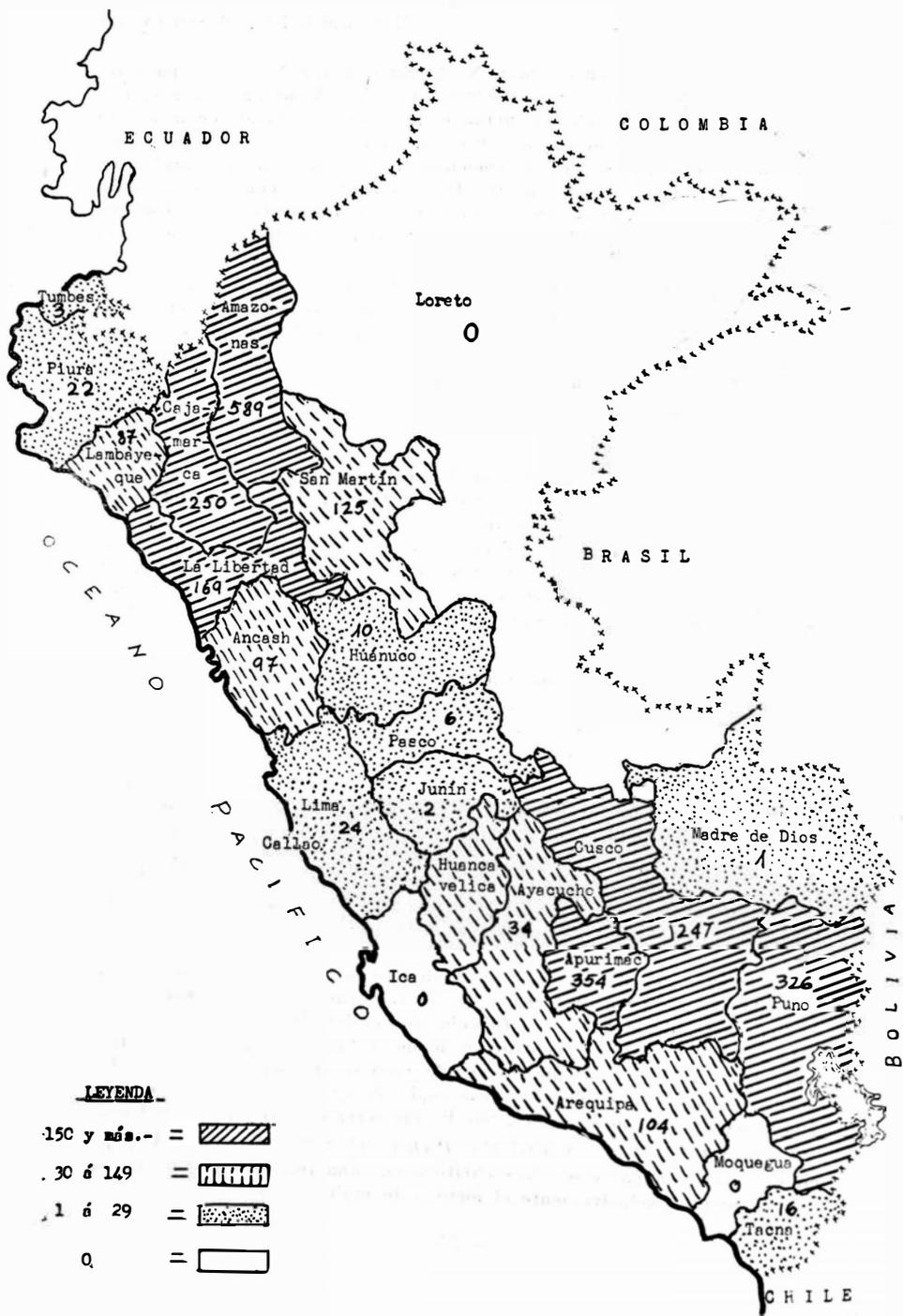
El cuadro N° 2 nos muestra que mientras con la vacuna liofilizada la campaña dió muy buenos resultados, con la glicerinada fué mediocre.

A partir de Octubre de 1953 se empleó en el campo la vacuna liofilizada producida por el Instituto Nacional de Higiene. El cuadro N° 3 señala un promedio de 90.4% de positividad en primo-vacunados. El lote que dió menos positividad alcanzó a 77.4% y el que más 97.4%. Algunos lotes estuvieron en uso durante 21 meses, conservando su potencia.

Podemos considerar estos resultados como muy buenos en un trabajo de campo; para el trabajo en zonas rurales se está dando preferencia al uso de la vacuna liofilizada, reservando la glicerinada para el trabajo en ciudades o en centros en donde sea fácil refrigerarla. Es probable que la diferencia que ha podido notarse en tubos de vacuna del mismo lote sea imputable a roturas capilares en el cierre de los mismos (no apreciable a simple vista), por lo que sería conveniente redondearla.

3º.—*LA TECNICA Y EQUIPO PARA SU APLICACION*.—Al principio de la campaña se usó la escarificación; una vez entrenado el personal, se adoptó exclusivamente el método de multipresión.

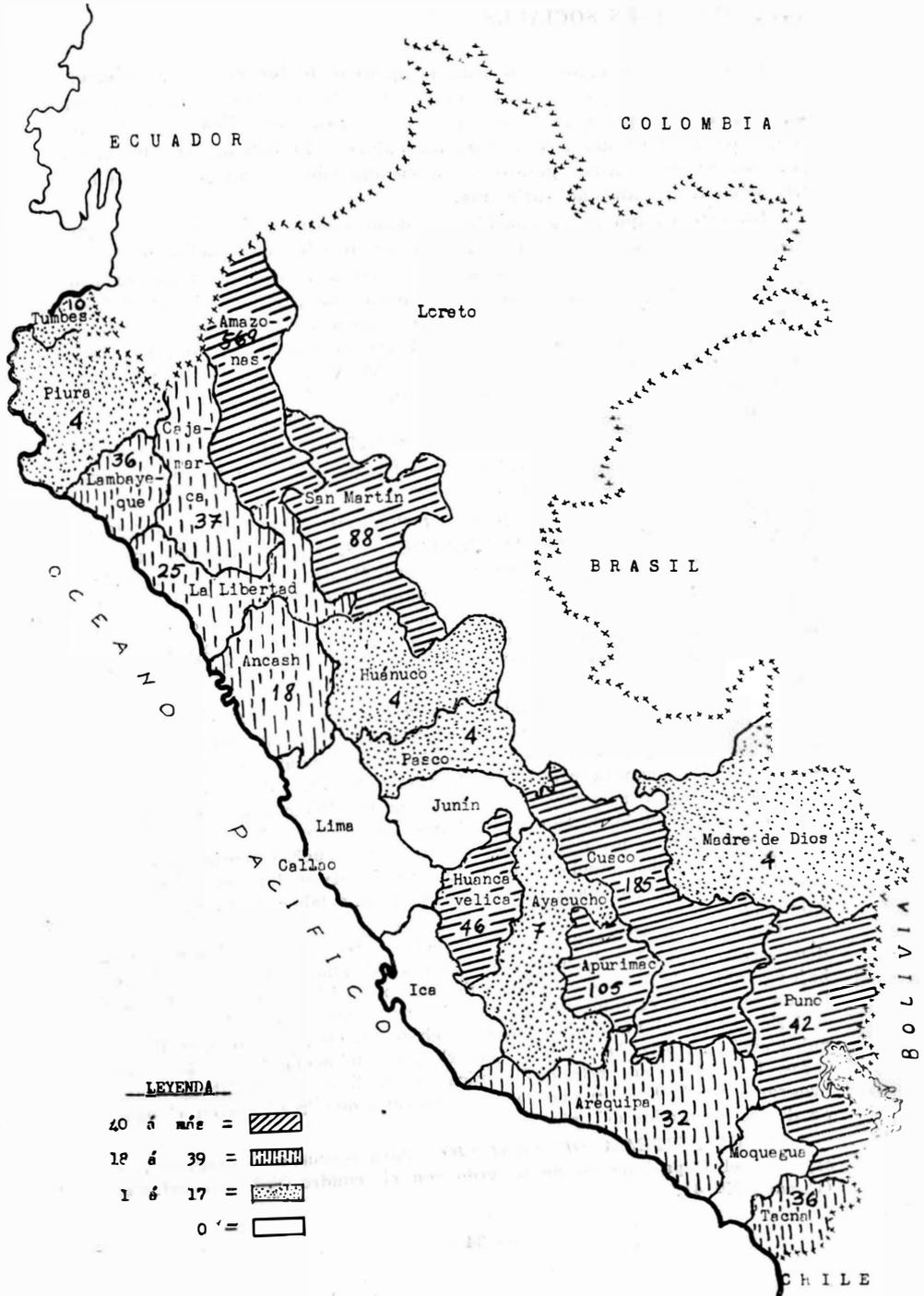
Nº de casos por departamentos — año 1950



LEYENDA

- 150 y más. = [diagonal lines]
- 30 á 149 = [vertical lines]
- 1 á 29 = [dots]
- 0 = [white]

Tasas por 100,000 habitantes — año 1950



LEYENDA

- 40 á 59 = [diagonal lines]
- 18 á 39 = [horizontal lines]
- 1 á 17 = [dots]
- 0 = [white]

## INFORMACIONES SOCIALES

El equipo que empleamos está compuesto de los siguientes elementos: 1) un campo para colocar materiales; 2) dos frascos goteros con alcohol; 3) una pinza de disección; 4) dos cajas metálicas; 5) dos jeringas de 2 c.; 6) dos agujas intramusculares; 7) 300 agujas de multi-presión; 8) dos frascos goteros para vacuna con sus agujas; 9) sobres con algodón en cantidad suficiente.

En este equipo se ha considerado doble cantidad de los objetos que pueden romperse, ya que no es posible sustituirlos con facilidad.

Aparte de esto, en el morral, cada inmunizador lleva para su uso personal: jabonera, una toalla, cepillo para uñas; y para la identificación y confección de la estadística: una placa metálica con el número correspondiente, carnet de identidad, libreta de diario, carpeta para fichas de trabajo, fichas de trabajo — M-255, Vistos M-3-55, certificados de vacunación, en cantidad suficiente, un banderín, dos lápices, un sacapuntas, tres lápices de cera, un gomero y un silbato.

Los inmunizadores han recibido instrucciones para mantener estos objetos en un orden determinado, con el fin de evitar en lo posible, que cometan errores y la pérdida de tiempo.

4º.—*LAS CARACTERISTICAS QUE DEBE REUNIR EL PERSONAL D EMEDICOS Y DE AUXILIARES.*—Se ha determinado que este tipo de campañas sean fiscalizadas por Médicos a dedicación exclusiva y con condiciones especiales de mando y de resistencia para una vida de campo, toda vez, que los Médicos Regionales están como mínimo el 40% de su tiempo en el campo y los Asistentes permanentemente.

El personal médico es nombrado a propuesta de la Jefatura del Departamento.

Inicialmente los Inmunizadores fueron escogidos por el Departamento de Selección y Capacitación de Personal, del Ministerio de Salud Pública y A. S., y adiestrados por entidades sanitarias ajenas a él (esto ocurrió con la primera promoción de vacunadores). Posteriormente, el entrenamiento y la selección está a cargo de los Médicos Regionales, responsables del trabajo de campo, mediante un concurso de méritos y después de someter a los postulantes a rigurosas pruebas teórico-prácticas se eliminan a todos aquellos que, a juicio del entrenador, no reúnen las condiciones necesarias para el desempeño de una labor de tanta responsabilidad.

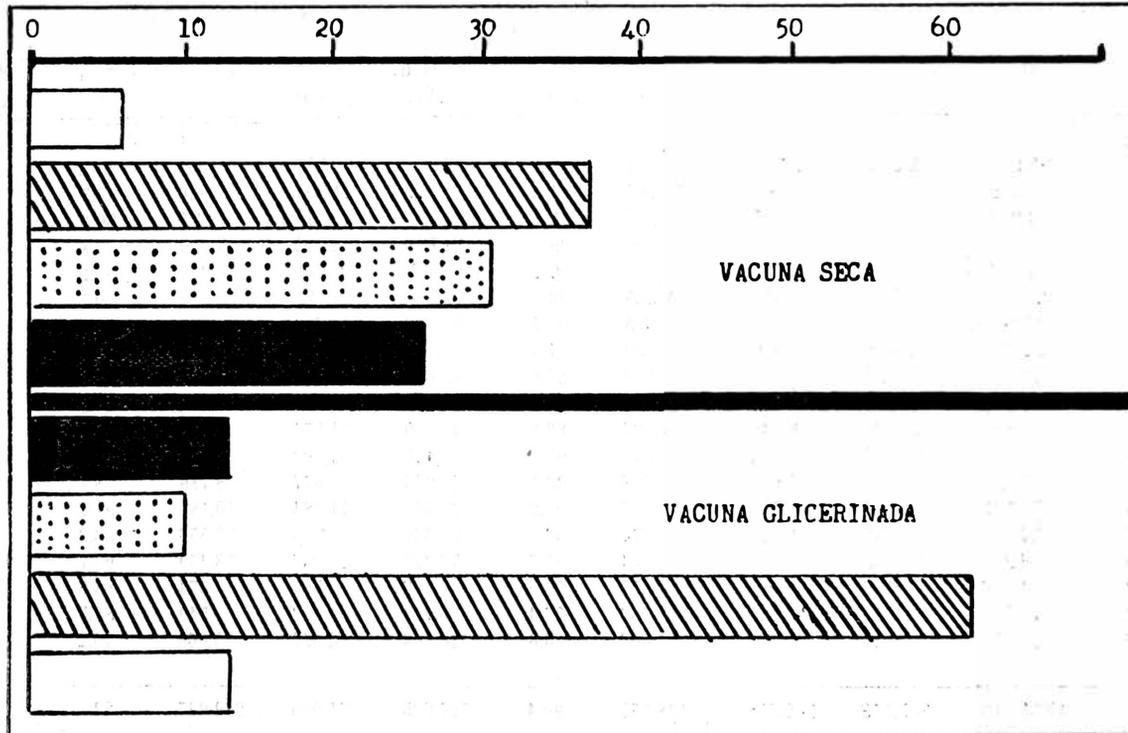
Los Jefes de Brigada son seleccionados entre los Inmunizadores que demuestran capacidad de mando, disciplina, fidelidad y dedicación al trabajo; y antes de su nombramiento definitivo, se les somete a una prueba de eficiencia comandando durante cierto tiempo una brigada.

En cuanto al personal de oficina, choferes, etc., los Médicos Regionales están autorizados para proponerlos, siendo aceptados en todos los casos. Estimamos que esta es la única forma de que la Jefatura de un programa pueda hacer responsable al personal que lo dirige en el campo de los resultados del mismo.

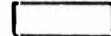
5º.—*EL SISTEMA DE TRABAJO.*—Para ejecutar el programa se organizó el Departamento de acuerdo con el cuadro que presentamos (Cuadro N° 4).

SIN REFRIGERAR DURANTE 30 DIAS

Cuadro # 2.



LEYENDA:

Reacción PrimariaReacción InmediataReacción AceleradaSin Resultado

**RESULTADOS DE 19 LOTES DE VACUNALIOFILIZADA A TRAVES DEL TIEMPO**  
AÑOS 1953 a 1955  
Cuadro Nº 3

Nº de Lote	Total Vacunados	Primo Vacunados	Leídos	+	%	Revacu- nados	Leídos	+	%	Meses en uso
5865	36,939	8,956	4,088	3,938	96.3	27,983	11,587	10,509	90.7	9
5866	94,169	20,844	13,884	12,185	87.8	73,325	24,826	21,769	87.7	20
5867	74,253	13,927	7,927	7,243	91.4	60,326	25,855	20,835	80.6	17
5868	20,785	5,907	2,642	2,359	89.3	14,878	4,972	3,370	67.8	21
5869	51,054	13,141	6,122	5,840	95.4	37,913	19,514	18,217	93.3	17
5870	27,078	6,770	4,316	3,985	92.3	20,308	8,515	5,974	70.1	8
5880	136,165	38,529	17,154	15,675	91.4	97,636	35,603	28,207	79.2	13
5882	52,472	13,468	7,370	6,232	84.5	39,004	19,415	12,858	66.2	2
5884	132,023	49,336	24,679	21,136	85.6	82,687	31,993	24,435	76.4	10
5885	16,826	5,028	2,300	1,786	77.4	11,798	4,564	3,157	69.2	9
5891	60,229	19,860	8,046	6,694	83.2	40,369	11,954	9,064	75.8	8
5894	42,056	15,656	6,886	6,548	95.1	26,400	9,530	6,957	73	3
5895	64,526	25,280	9,011	8,298	92.1	39,246	9,977	9,789	98.1	6
5896	51,121	15,954	6,026	5,917	98.2	35,167	11,184	10,185	91.1	6
5897	34,260	11,431	6,098	5,674	93	22,829	16,293	13,556	83.2	5
5898	108,270	30,995	11,683	11,184	95.7	77,275	19,287	18,459	95.7	7
5900	4,096	988	288	278	96.5	3,108	761	674	88.6	2
5902	10,355	3,576	575	560	97.4	6,779	638	549	86.5	2
5907	16,331	5,527	3,113	3,006	96.6	10,804	4,622	3,663	79.2	5
	1'033,008	305,173	142,208	128,538	90.4	727,835	271,090	222,227	82	

## INFORMACIONES SOCIALES

La Jefatura imparte las normas a que debe atenerse el trabajo. Estas normas se discuten periódicamente con los Médicos Jefes Regionales y en algunos casos con los Médicos Asistentes, siendo ésta la mejor manera de que se ejecuten todos los tiempos del trabajo de campo con el conocimiento de los que van a dirigirlo, debiendo tenerse en cuenta que si no son comprendidos, y aceptadas las normas por éstos, el trabajo fracasa por falta de interés en un plan al que no contribuyeron a elaborar.

También, de la Jefatura depende la Sección de Secretaría y Administración. Esta última está encargada del pedido de vacunas, de su remisión a la periferia, del almacén de materiales y del control de obreros. Existe también una sección encargada del envase de algodón en sobres individuales y de agujas para la multipresión en tubos capilares.

*El Centro de Inmunizaciones.* — Está a cargo directamente de un Médico a dedicación exclusiva, encargándose de la prueba de vacunas en seres humanos, para cuyo control se usa la ficha modelo M-15-51, que presentamos. Como puede apreciarse, en ella figuran los distintos síntomas que pueden verse en una reacción vacunal a través del tiempo, y según esto es posible calificarlas en primarias, aceleradas e inmediatas.

Además, en el Centro se hace el entrenamiento de personal; vacunación de tipo experimental; inmunizaciones rutinarias y expedición de certificados internacionales.

*Oficinas Regionales.* — Están situadas en puntos estratégicos para poder atender a un número de Departamentos colindantes.

En la actualidad existen tres regiones: Norte, Centro y Sur (véase mapa número 4).

Este año se piensa montar una oficina en la Selva que, aparte de la vacunación antivariólica, ejecutará otros programas.

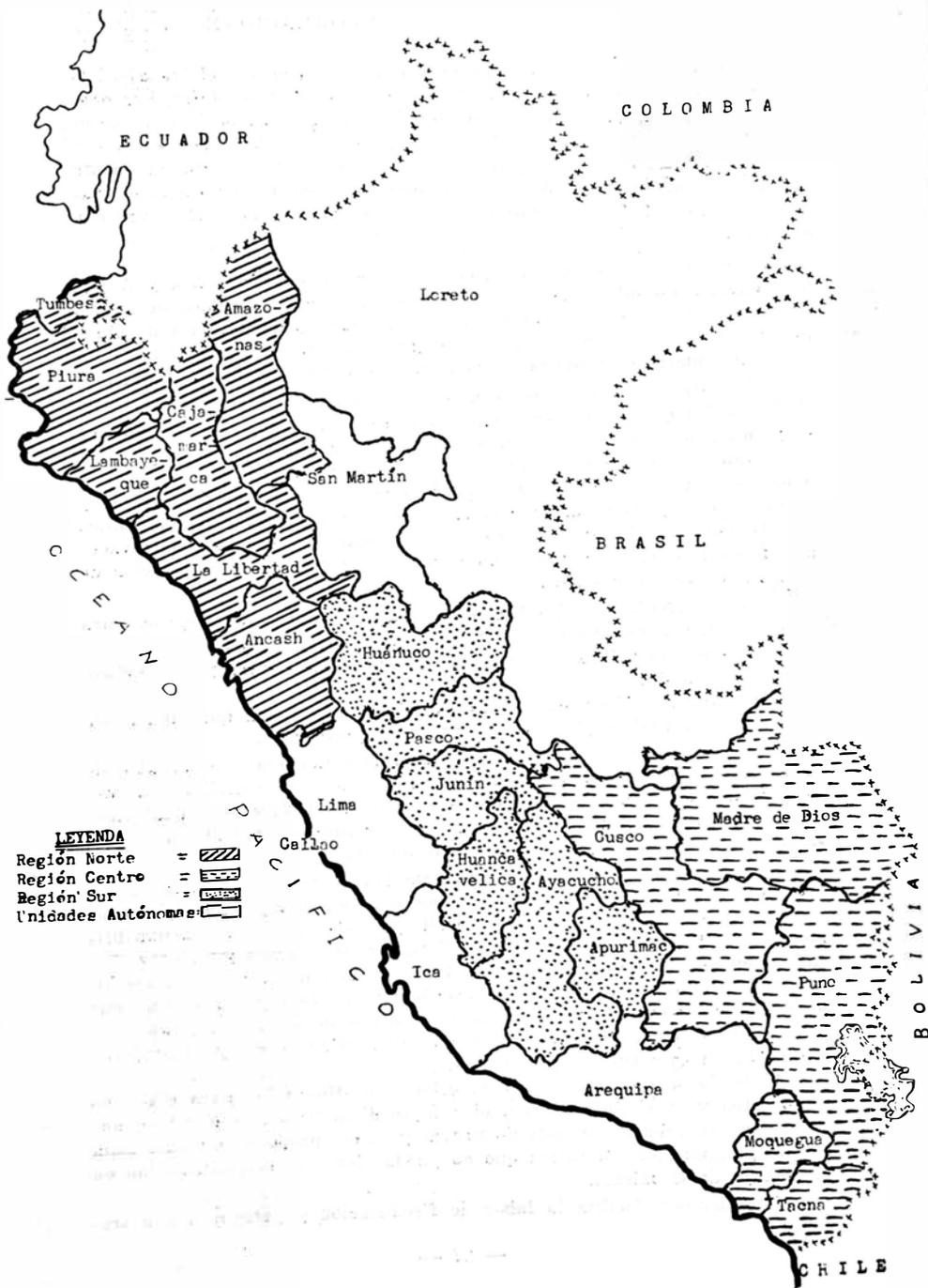
En cada Región existen dos médicos: uno Regional, responsable de la ejecución de programas y de la marcha administrativa de su dependencia y un Médico Asistente, que se dedica estrictamente a las campañas de campo, para lo que cuentan con un número variable de Jefes de Brigada, Inmunizadores y personal obrero.

Para la vacunación se toma como unidad de trabajo el distrito, que está formado por un determinado número de lugares poblados por ocupar una extensión territorial que permite casi siempre, ubicar a una brigada de 10 hombres sin que se interfieran en su trabajo y poderlos fiscalizar en debida forma. Siempre se trabajan distritos completos; los lugares se visitan casa por casa, inscribiendo al total de personas que duermen en ella; esto permite hacer el censo de población y apreciar si el número de vacunaciones alcanza al 80% fijado como porcentaje de seguridad en este tipo de programas.

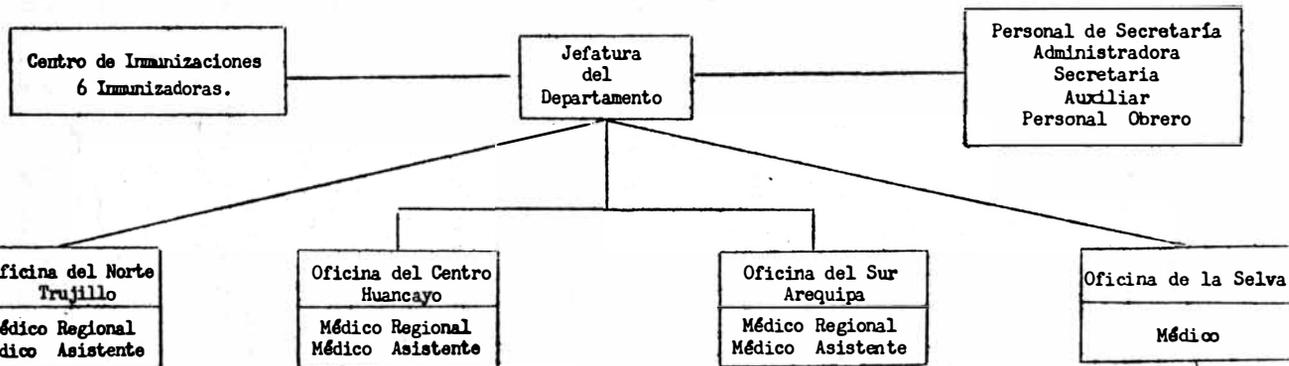
Al iniciarse el trabajo se confecciona un itinerario; para ello, uno de los Médicos y el Jefe de Brigada viajan al distrito con la debida anticipación, para hacer un estudio previo y poder proporcionar una zona a cada inmunizador, en forma que no pueda eludir la responsabilidad en el trabajo de la misma.

Esto también facilita la labor de fiscalización y permite ver a tra-

# DISTRIBUCION DE LAS OFICINAS REGIONALES



ORGANIZACION DEL DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES



**Secc. de Campo**  
Jefes de Brigada e Inmunizadores en número variable.

**Secc. Administrativa**  
Secretaria. Administradora. Contador. Choferes. Personal Obrero.

**Secc. de Campo**  
Jefes de Brigada e Inmunizadores en número variable.

**Secc. Administrativa**  
Secretaria. Administradora. Contador. Choferes. Personal Obrero.

**Secc. de Campo**  
Jefes de Brigada e Inmunizadores en número variable.

**Secc. Administrativa**  
Secretaria. Administradora. Contador. Choferes. Personal Obrero.

**Viscerotomista Jefe**  
24 Encargados de los puestos de viscerotomía.  
2 Ayudantes de vacunación y encuestas.  
Chofer.  
\* Personal Obrero.

\* Nota: La Oficina de la Selva se organizará durante el presente año si el presupuesto lo permite.

## INFORMACIONES SOCIALES

vés del tiempo si el itinerario se confeccionó debidamente, si los programas se desenvuelven de manera adecuada y en fin, si todas las medidas fueron bien tomadas.

El Inmunizador al retirarse de una casa trabajada, pega un "visto" en la cara interna de la puerta o en cualquier otro lugar visible, permitiendo esta medida apreciar la labor efectuada en la misma.

El ciclo de trabajo adoptado es rígido, dedicando las semanas impares a la aplicación de vacuna y las pares a la lectura de resultados, reinoculaciones y vacunación de los que no estuvieron presentes en la primera oportunidad. El mismo vacunador practica ambas visitas, lo que facilita grandemente la labor.

La lectura, con este ritmo de trabajo, se hace siempre al octavo día lo que permite que sean comparables los resultados de las distintas Oficinas Regionales.

Las fiscalizaciones las hacen los Médicos y los Jefes de Brigada empleando diversos procedimientos, ya que el sistema enunciado permite darse cuenta del trabajo aunque haya pasado cierto tiempo.

En resumen, lo que se pretende con este sistema es uniformar el procedimiento de manera rígida en forma que queden el menor número de factores librados al azar o a la improvisación del momento facilitando en lo posible la inspección del programa.

6º — *LA CUANTIA DE LOS FONDOS NECESARIOS PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA Y LA FLUIDEZ EN SUS ENTREGAS.* — Al planear este programa se formularon los presupuestos necesarios para completarlo en un lapso de cinco años, pero, debido a una serie de circunstancias imprevistas los aportes recibidos no estuvieron en relación al trabajo por hacer.

7º — *LA ESTADISTICA Y EVALUACION DE LOS RESULTADOS.* — Todos los modelos de fichas usados en el programa tienden a facilitar la confección de una estadística lo más exacta posible con miras a evaluar los resultados y los costos por inmunización. Desde octubre de 1950 hasta Diciembre de 1955, se vacunaron 5'138.740 personas contra la viruela a un costo aproximado de S/. 2.00 por inoculación.

Del total de personas vacunadas se han leído 570,585 primo-vacunados con una positividad del 84%.

La lectura en revacunados alcanzó a 1'134,906 casos siendo positivos el 75% ; esto nos indica el bajo nivel inmunitario existente en nuestro País, pues al leer a los ocho días quedan eliminadas las reacciones de inmunidad o inmediatas.

El número de Departamentos del Perú trabajados es de 16 con 88 provincias, habiéndose visitado 23,642 lugares poblados; y si se calcula cinco habitantes por casa para hacer el número de vacunaciones indicadas, se ha tenido que revisar más de 1'400,000 casas.

El resultado de este programa es halagador, pues desde Diciembre de 1954, no se tiene conocimiento de ningún caso de viruela, sucediendo esto por primera vez desde el año 1932.

DIVISION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES  
CAMPAÑA NACIONAL ANTIVARIOLICA

VACUNA SECA

Ficha Nº 15403

PARA LLENAR POR VACUNADOR

Departamento Leima Provincia Leima Distrito Lance  
 Lugar Leima Maternal  
 Nombre Rosa More Sexo femenino Edad 6m. Raza Bl.  
 Dirección Manuel Landano No. 224  
 Vacunado anteriormente no Fecha aproximada ..... Tiene cicatrices no  
 VACUNADO POR NOSOTROS EL 3 mes Junio año 1956  
 Con vacuna Glicerizada (Brazo izquierdo)  
 Con vacuna ..... (Brazo derecho)

RESULTADOS DE LECTURA

PARA LLENAR POR LECTOR

BRAZO IZQUIERDO (VACUNA SECA)

Observaciones:

BRAZO DERECHO (VACUNA GLICERINADA)

Lecturas	1ra.	2da.	3ra.	4ta.
Fechas	5	7	10	12
Mácula	si	no	no	no
Pápula	si	no	no	no
Vesícula	no	si	no	no
Pústula	no	no	si	si
Medida del Eritema	-	5mm.	1cm.	2cm.
Temperatur.	36°	36,4°	37°	38°

Lecturas	1ra.	2da.	3ra.	4ta.
Fechas				
Mácula				
Pápula				
Vesícula				
Pústula				
Medida del Eritema				
Temperatur.				

PARA LLENAR POR EL MÉDICO

Tipo reacción post-vacinal: Sumaria

FIRMA DEL MEDICO

## *Doctrina y Práctica del Control de la Tuberculosis en la Infancia*

**L. Cao Gironda**

Médico Jefe de la División de Tuberculosis, del Ministerio  
de Salud Pública y Asistencia Social del Perú.

Creo necesario destacar en esta oportunidad tres puntos fundamentales, destinado el primero al conocimiento de la situación epidemiológica de la tuberculosis en la infancia; en segundo lugar a destacar los métodos de prevención para el control de esta enfermedad y por último hacer una pequeña síntesis de como se desarrolla en nuestro país el control de la tuberculosis en la infancia:

La disminución de las tasas de mortalidad por tuberculosis, que en forma apreciable se viene observando en todos los países del mundo a partir del año 1947, a consecuencia principalmente del uso de las modernas drogas antituberculosas; también han sido observadas en nuestro país. La tasa de mortalidad observada en 1948 era de 450 defunciones por 100,000 habitantes; en 1955 esta tasa ha disminuido a 150, prácticamente se ha reducido en sus 3/4 partes; pero se observa que la curva epidemiológica clásica no se ha modificado, muestra siempre esas dos puntas de elevada mortalidad, correspondiente a los grupos de edades de 0 a 5 años y de 15 a 25, expresión de la frecuencia y de la gravedad que continúa teniendo las primo-infecciones en la infancia y las formas de reinfección en la edad del joven adulto.

Este fenómeno epidemiológico ya no es observable en los países en franca detuberculización; en ellos sólo se observa tasas altas de mortalidad en el grupo etéreo de 15 a 25 años.

El número de enfermos que se descubre cada año, no ha disminuido paralelamente a la disminución de los óbitos, igual fenómeno ocurre con la infección tuberculosa que permanece expresando coeficientes sumamente altos. El alto coeficiente de 20% de reactores positivos a la tuberculina de 0 a 5 años, revela la enorme proporción de primo-infecciones activas en esa edad; ya que en este grupo de edades una prueba tuberculínica positiva, revela una tuberculosis con actividad más o menos atenuada.

Resumiendo podemos decir que la tuberculosis infantil como endemia grave, permanece estacionaria: no hay modificaciones favorables que se expresen en disminución del número de primo-infecciones, constituyendo siempre el peligro potencial de que estas primo-infecciones de-

## INFORMACIONES SOCIALES

sarrollen los cuadros graves de meningitis tuberculosa, miliar generalizada o desarrollos tísicos crónicos.

Hay modificaciones favorables en lo que se refiere a la disminución del número de muertos; esto expresa únicamente que los cuadros anátomo-clínicos de la tuberculosis infantil responden mejor que antes al tratamiento y que posiblemente con la extensión cada vez mayor de la práctica de la vacunación B. C. G., la resistencia individual contra la enfermedad ha sido aumentada. La mortalidad por meningitis tuberculosa ha disminuído en estos últimos años. En el año 1952 el número de fallecimientos por meningitis de 0 a 5 años fué de 90; en 1953 ha sido de 60; en 1954 fué de 47 y en 1955 de 35.

Estos hechos epidemiológicos que acabamos de exponer demuestra que lo predominante en la tuberculosis infantil es el número elevado de primo-infecciones contraídas tempranamente; esto significa la existencia de numerosas fuentes de contagio masivas y de acción reiterada; vale decir que el contagio intra-familiar constituye la causa fundamental de la tuberculosis infantil.

Las medidas de control se desprende de los hechos arriba mencionados y se pueden sintetizar en las siguientes acciones:

- 1º.—Localizar las fuentes de contagio para su exterminación.
- 2º.—Aumentar la resistencia de los más susceptibles a contraer la enfermedad.

La primera acción supone el descubrimiento precoz de los enfermos para cegar el contagio mediante tratamiento o aislamiento. El programa para cumplir este objetivo es la realización de un catastro tuberculino-fotoradiológico de toda la población de un país y el disponer de un suficiente número de servicios y camas para el tratamiento y el aislamiento de los enfermos en estado de contagiantes.

No existe en el mundo país que haya cumplido con este desideratum, los esfuerzos en este sentido se orientan al diagnóstico precoz de la tuberculosis en los grupos humanos más económicamente débiles y en colectividades que por la índole de su trabajo o actividad constituyen peligro de transmitir la enfermedad; se trata en lo posible de extender los exámenes tuberculino-fotoradiológicos a cuenta institución, servicio médico, hospitales u otros que alberguen grupos humanos. En lo que se refiere al aislamiento del foco contagiante y a la recuperación del enfermo, la tendencia actual es la utilización de la cama hospitalaria para aplicación de tratamientos activos (nuevas drogas antituberculosas, cirugía pulmonar, etc.) y estancia corta a fin de movilizar el mayor número de enfermos para el mejor aprovechamiento de las camas; así mismo intensificar el tratamiento ambulatorio, dispensarial y domiciliario.

Para realización de la segunda acción; o sea aumentar la resistencia de los sujetos más susceptibles a contraer la enfermedad, se dispone de la vacuna antituberculosa Calmete-Guerin, que confiere protección biológica, es decir que crea inmunidad o resistencia igual a la que confiere la primo-infección virulenta. La tendencia actual en el mundo se orienta a la práctica de esta vacunación en masa, es decir siguiendo

## INFORMACIONES SOCIALES

el criterio similar al de la práctica de cualquier vacunación sanitaria; es decir proteger ó crear inmunidad como minimum en el 70% de la población susceptible a contraer la enfermedad.

Antes de describir los métodos actuales para llevar a cabo estas acciones de control de la tuberculosis infantil, queremos significar que nos estamos refiriendo, solamente a los aspectos médicos sanitarios de esta enfermedad y manifestar que las bases fundamentales donde reposa toda la profilaxis de la tuberculosis es la resolución de los aspectos sociales, que condicionan su desarrollo o su declinación.

El ideal preventivo en la tuberculosis infantil, como en toda enfermedad infecto-contagiosa es la segregación ó el aislamiento de los focos contagiantes intra-familiares.

Es posible la realización de este objetivo?.

Algunos países han cumplido parcialmente este objetivo, habiendo obtenido una reducción bastante apreciable de los "Casos contagiantes" ello ha significado que prácticamente han hecho desaparecer las primo-infecciones en la edad infantil, constituyendo en esos países actualmente un problema la primo-infección en el joven adulto. Los índices de infección tuberculosa en Suecia, Noruega, Dinamarca y los Estados Unidos sólo alcanzan el 10% en la edad del joven adulto.

En otro grupo de países en los que se incluye el nuestro y la mayor parte de países de América Latina, la segregación de focos en proporción que tenga influencia en el problema de la tuberculosis infantil es todavía una utopía por la cantidad de casos nuevos de tuberculosis adulta que aparecen cada año; esto significa que por el momento no es posible conseguir este objetivo y habrá que pensar en otros medios que contrarresten esta imposibilidad y que son precisamente los métodos aconsejables y puestos en práctica en los países que sufren endemia grave, factores sociales sumamente difíciles y recursos económicamente limitadísimos:

El diagnóstico precoz de la primo-infección y la práctica de la vacunación antituberculosa B. C. G.

Lo primero es factible mediante la búsqueda lo más temprano de la infección tuberculosa en el niño; de ser posible sorprender la infección en el denominado "Viraje" es decir cuando aparecen la hipersensibilidad alérgica a la tuberculina; esto significa la práctica sistemática de las pruebas tuberculínicas a partir del tercer mes de nacimiento y hasta los 5 años de edad, época de la vida del niño donde la prevalencia de la primo infección alcanza un 30 % y se manifiesta la mayor parte de veces en forma silenciosa o subclínica, siendo sumamente difícil el diagnóstico por síntomas o signos clínicos ya que estos son muy relativos, enmascarados ó se presentan en tal forma que dan lugar a confusiones con otros procesos propios de la infancia.

La evolución habitual benigna de la tuberculosis primaria puede ser interrumpida, bruscamente, por cualquiera de los siguientes episodios que constituyen la causa de la alta mortalidad infantil: meningitis, diseminaciones hematógenas generalizadas ó desarrollos tísicos crónicos; estos episodios se producen con tanta mayor frecuencia cuanto más fres-

## INFORMACIONES SOCIALES

ca está la primo-infección (primeros meses) y cuanto más alto sea el grado de sensibilidad alérgica a la tuberculina (hiperergia).

Estas posibilidades tan frecuentes en la infancia y tan sorprendidas de la evolución maligna de la primo-infección virulenta, han obligado a la utilización de las nuevas drogas antituberculosas como medicación preventiva para prevenir precisamente estos episodios que ocurren en el curso de una evolución benigna de la primo-infección y cuando es imposible el aislamiento del foco contagiante.

Esta terapéutica profiláctica implica el uso de la Isoniacida, eventualmente adicionada con el Acido-Para-Amino-Salicílico (Pas) o con Estreptomicina en los niños menores de 4 años, durante un período de 3 a seis meses, después del viraje tuberculínico o de las manifestaciones de la tuberculosis primaria.

La experiencia de las escuelas pediátricas de los países escandinavos, Alemania, Estados Unidos, aconsejan el uso de la Isoniacida como el medicamento de elección a causa de su eficacia, inocuidad, mayor difusibilidad y de su uso por vía bucal; para evitar la resistencia se utiliza el PAS de 1 a 2 grs. por día y la Estreptomicina a la dosis de 25 miligramos por kilo de peso, en ciclos de 3 a 6 meses. Los resultados obtenidos están demostrando que la evolución y el pronóstico de la primo-infección en niños de 0 a 5 años ha mejorado considerablemente con esta terapia.

Esto permite manifestar aún con mayor énfasis, la necesidad de que todo médico y con mucha mayor razón todo pediatra utilice las pruebas tuberculínicas con la misma rutina que utilizan el termómetro a fin de descubrir el mayor número posible de primo-infecciones ocultas.

Esta concepción del valor de las pruebas tuberculínicas en la infancia, es mantenida por los pediatras uruguayos desde la época del Profesor Moquio; y llevan en el bolsillo junto al termómetro la jeringuita de tuberculina.

Se han superado ya los conceptos, siempre dudosos que se tenían sobre la peligrosidad del uso de la tuberculina; el mejor conocimiento que hoy se tiene de esta sustancia cuya acción en el organismo humano es exclusivamente alérgica y el valor diagnóstico que ella tiene para afirmar o negar categóricamente la existencia de tuberculosis, han disipado totalmente las dudas sobre el peligro de las exacerpciones de focos tuberculosos, acción congestinante, peligro de diseminaciones bacilares, etc.

La técnica recomendada para la práctica de las pruebas tuberculínicas es la de Mlle. Mantoux que consiste en la práctica de una intradermo reacción en el antebrazo, inyectando una décima de diluciones de tuberculina, primero al 1 x 1000 y cuando es negativa, al 1 x 10; la mayor parte de países del mundo utilizan esta técnica debido a que es la que tiene mayor poder para demostrar la sensibilidad alérgica más atenuada.

El otro método de prevención de la tuberculosis infantil y que en nuestro sentir es el método de excelencia para prevenir la tuberculosis y el desarrollo de formas graves de esta enfermedad en la infancia, lo

## INFORMACIONES SOCIALES

constituye la vacunación antituberculosa, utilizando la vacuna Calmette-Guerin (B. C. G.) en todo recién nacido y en todo susceptible a contraer la inyección virulenta, vale decir a todo niño que reacciona negativamente a las pruebas tuberculínicas (Anérgicos no infectados)

La utilización y la práctica de la vacunación antituberculosa B. C. G. en cuanto a eficacia, lo que quiere decir en cuanto a crear o establecer un estado de resistencia o inmunidad en el sujeto vacunado, no es en la actualidad problema que se discute.

La experiencia acumulada en estos últimos años a través de millones de vacunaciones llevadas a cabo por organizaciones sanitarias, servicios médicos, organismos internacionales, de seriedad y solvencia científica; y las numerosas publicaciones de la acción favorable y efectiva de la vacuna justifican la concepción arriba mencionada.

Lo que se discute hoy es la prioridad que debe darse a la vacunación entre los diversos métodos para el control de la tuberculosis; pero en lo que se refiere a la prioridad como método profiláctico de la vacuna B.C.G. en recién nacidos y niños, en países en etapa de tuberculización masiva como el nuestro, hay acuerdo unánime en concederle la prioridad nº 1.

Los países que han hecho desaparecer prácticamente la primo infección virulenta y sus complicaciones son precisamente en los que se han efectuado programas extensos de vacunaciones (Suecia, Noruega, Dinamarca, Polonia, Checoslovaquia, Yugoslavia, etc.); aún en países resistentes a los programas de vacunación como los Anglo-Sajones; en el reajuste actual de sus programas consideran la práctica de la vacunación B. C. G. y publican resultados de efectos favorables evidentes como lo es el siguiente informe del Profesor F. Ickert extractado del Tuberkulose-Jahrbuch 1950-1951:

“Casos registrados de meningitis tuberculosa entre los niños en 1950-51:

	(por 400,000 niños vacunados).....	1
Basse-Saxe	(por 700,000 „ no vacunados).....	79
	( niños vacunados).....	1
Rhenanie du Nord-Westphalie	( „ no vacunados).....	339
Hesse	( niños vacunados).....	2
	( „ no vacunados).....	262

Creemos que estas cifras no necesitan mayor comentario.

El tipo de vacunación que se efectúa en la mayor parte de los países del mundo, y el recomendado por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud es seguir la técnica utilizada por el Profesor Wallgren que consiste en la práctica de la vacuna por vía intradérmica, inyectando en el hombro derecho o en la espalda, una décima de mlg. de B. C. G. como dosis vacunante, suficiente para obtener un nódulo vacunal a los 20 días; aparición de la hipersensibili-

## INFORMACIONES SOCIALES

dad tuberculina o alergia después de 6 semanas y efecto protector o inmunitario de duración de 5 años. Esta técnica y esta dosis se utiliza tanto en recién nacidos como en niños y adultos.

Si la vacunación es ejecutada con la observación minuciosa de las técnicas recomendadas se elimina, prácticamente, la única posible llamada complicación; el absceso vacunal la adenitis, infartada supurada o fistulizada, cuya evolución siempre es benigna. Este accidente ocurre fuertemente cuando en los recién nacidos no se efectúa la inoculación vacunal intradérmicamente sino en el dermis, o se inyecta mayor cantidad de la dosis en las maniobras de pretender formar la pápula; ambas posibilidades de error son muy factibles de llevar a cabo si se tiene en cuenta las dificultades derivadas de la delgada piel del recién nacido. La escuela francesa, para evitar estos desagradables accidentes que tanto preocupan a los pediatras utilizan en los recién nacidos la técnica de realizar la vacunación por medio de escarificaciones.

En el servicio de vacunación B. C. G. instalado por nosotros en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, formando parte del centro de Inmunizaciones que allí funciona, y donde son remitidos todos los recién nacidos, vacunados en la Maternidad para su control, entre 1,408 recién nacidos que concurrieron a dicho Centro durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre últimos, se encontró solamente un nódulo vacunal con un ganglio axilar ligeramente infartado; en este grupo de niños se encontró asimismo un 70% de reactores positivos a la tuberculina con sensibilidad atenuada (una cruz), después de 6 semanas de haber sido vacunado; esta cifra revela el magnífico poder alérgico de nuestra vacuna.

En otro Centro de vacunación: la Cuna para Recién Nacidos Hijos de Madres Tuberculosas de Chosica, la aparición de abscesos entre los vacunados, durante estos últimos tres años no se ha presentado y la alergia post-vacunal alcanza la cifra de 85%.

Entre los escolares donde se ha llevado a cabo el mayor número de vacunaciones ya que estas han totalizado la cifra de 62,217 en 5 períodos escolares, la aparición de abscesos constituyó un porcentaje no llegado al 1 x 1000.

En otros países la práctica de la vacunación B.C.G. se hace por vía oral y se ensayan métodos de vacunaciones también por vía oral en niños expuestos a la contaminación, dando dosis semanales de B.C.G. (Vacunación concurrente); sin embargo estos tipos de vacunación llevados a cabo principalmente en el Brasil no han sido todavía recomendados por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud para ser llevados a la práctica, aconsejándose únicamente su realización con fines experimentales todavía.

El efecto protector de la vacuna se estima que dura 5 años, época en que también se extingue la alergia tuberculínica, debiendo practicarse las consiguientes revacunaciones con técnica y dosis exactamente como en las primo-vacunaciones.

Lamentablemente no es posible exhibir cifras de nuestra propia experiencia que revelen y evidencien las influencias favorables de nuestra vacunación en la morbi-mortalidad por tuberculosis infantil; la escala en

## INFORMACIONES SOCIALES

que se vacuna actualmente; a pesar de la extensión cada vez mayor es todavía pequeña para ofrecer números y porcentajes que ofrezcan valor estadístico, sin embargo vamos a referirnos enseguida a algunos datos estadísticos que revelan el incremento de la vacunación B.C.G. en nuestro país; la influencia favorable que sobre la morbilidad ha tenido la Vacunación B.C.G. entre los escolares y entre los recién nacidos de la Maternidad de Lima.

En nuestro país se inició la vacunación en 1935 con 2 vacunaciones anuales; el incremento constante ha llegado a la cifra de 317,876 vacunaciones efectuadas en 1955; como puede verse a pesar de este incremento, la vacunación es sumamente insignificante en extensión para que pueda influenciar modificando favorablemente nuestra situación epidemiológica.

En la Campaña de Vacunación Antituberculosa B. C. G. que desde el año 1950 y con la cooperación económica del Comité Peruano de Socorro a los niños se efectúa entre los escolares de Lima, Callao y Baños es donde se puede apreciar el efecto protector evidente de la vacunación ya que ha influenciado evidentemente en la baja de la morbilidad:

AÑOS	EXAMINADOS	ENFERMOS	%	% TUBERC. POST.
1950	14,213	407	2.9	52.8
1951	20,230	416	2.1	52.6
1952	21,608	815	3.93	59.0
1953	45,197	962	2.13	58.4
1954	67,755	1,181	1.74	58.0

Estas cifras significan una apreciable disminución del índice de morbilidad disminuido en más de un 50% a pesar de persistir las fuentes de contagio que tanto influyen en las manifestaciones post-primarias de la tuberculosis que ocurre en la edad escolar (5 a 15 años).

El mayor énfasis dado a nuestra vacunación ha sido entre los recién nacidos, siendo las maternidades de Lima y Callao y algunas de Provincias donde proporcionalmente se han efectuado más vacunaciones que en cualquier otro grupo de expuestos o susceptibles.

En la Maternidad de Lima en el año 1955 sobre un total de nacidos de 12,876 niños, se vacunaron 12,504, es decir que del total de nacidos, sólo se dejaron de vacunar 372; esto significa que entre los recién nacidos de Lima se está vacunando más del 50% si se tiene en cuenta que los nacimientos en la Maternidad se efectúan en un 50% del total de nacidos en Lima.

La influencia favorable de la vacunación en los recién nacidos de la Maternidad, ha sido probada en la tesis de bachillerato presentada por uno de nuestros colaboradores el Dr. Oscar Cano Chávez y que se expresa en el siguiente cuadro:

La morbilidad entre los niños vacunados en la Maternidad sólo alcanzó la cifra de 0'19% mientras que la morbilidad entre niños no vacu-

## INFORMACIONES SOCIALES

nados nacidos en el Hospital Obrero de Lima alcanzó el índice de 7'91%.

Sin embargo para que la vacunación antituberculosa en los recién nacidos, influyere en la disminución de la tuberculosis ésta deberá tener dimensión nacional es decir que deberá cubrir aproximadamente 300,000 vacunaciones anuales cifra que representa el número de nacimientos que hay en el país.

Resumiendo podemos manifestar lo siguiente:

Que la tuberculosis infantil, como endemia grave, permanece estacionaria; que el número de primo-infecciones tuberculosas en la edad de 0 a 5 años permanecen expresando coeficientes sumamente altos, con el peligro potencial de desarrollo de cuadros anatómo-clínicos graves como la Meningitis, diseminaciones hematógenas generalizadas y desarrollos tísicos crónicos.

Que lo único favorable epidemiológicamente es la disminución de la mortalidad por tuberculosis y por meningitis, expresando únicamente la efectividad de la nueva terapia antituberculosa actual, y quizás, un mayor aumento de la resistencia individual contra la enfermedad.

Que la medida de control de la tuberculosis infantil, fundamental, fuera del mejoramiento de los aspectos sociales que condicionan la enfermedad, es la segregación de los "focos contagiantes intra-familiar". Esto supone el establecimiento de servicios, instituciones y camas en tal número, que por el momento es prácticamente imposible poder llevar a cabo, en países, como el nuestro de limitados recursos económicos; sin embargo debe insistirse en aconsejar proseguir el establecimiento de servicios de diagnóstico clínico y de asistencia hospitalaria para niños en todo el territorio de la República.

Que las medidas de orden preventivo deben tener prioridad en el control de la tuberculosis, para poder influenciar favorablemente en esta endemia, como ha acontecido en la mayor parte de los países del mundo que han desplazado la tuberculosis primaria o infantil a la edad del joven adulto. Esto significa la extensión y difusión de la práctica de la vacunación antituberculosa B.C.G. y la necesidad de que dicha vacunación tenga el carácter de obligatoriedad preferentemente en el grupo de edad de 0 a 15 años, donde existe una población con el mayor número de susceptibles o no infectados; única manera de que este recurso sanitario pueda tener la acción favorable, reduciendo la morbi-mortalidad tuberculosa, observada en los países donde se ha practicado la vacunación en gran escala.

Asimismo intensificar los medios para procurar el diagnóstico lo más precoz posible; y el tratamiento profiláctico de las formas recientes o con hipersensibilidad tuberculínica de las primo-infecciones oculta en los niños, vale decir sin manifestaciones clínicas y revelables únicamente a las pruebas tuberculínicas.

# *Boletín Institucional*

## **INCORPORACION DEL NUEVO DIRECTOR DE TRABAJO**

Ha quedado incorporado al Consejo Directivo, en su calidad de miembro nato, el nuevo Director de Trabajo, señor Carlos Jordán Lawezari, quien fuera nombrado para el ejercicio de ese cargo por Resolución Suprema de 15 de octubre de 1956.

## **REPRESENTANTE DE LA FEDERACION MEDICA EN LA COMISION "A"**

Ante el pedido formulado por la Federación Médica Peruana al señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, en orden a participar en las labores de la Comisión nombrada por el Consejo Directivo de la Caja, con el objeto de estudiar la reforma del Seguro Social Obrero; el Directorio de esta Institución acordó acceder a la solicitud formulada, designando, en consecuencia, Miembro de la Comisión "A", al doctor Aurelio Diaz Ufano, en su calidad de Presidente de dicha Federación.

## **DONACION AL CLUB DE BOCHAS DE VITARTE**

La Caja construirá en breve en el pueblo de Vitarte una posta médica, en la que se prestarán servicios asistenciales a los asegurados de la Institución.

Como quiera que el lugar más aparente señalado por nuestro Departamento de Ingeniería, es el que actualmente ocupa el Club de Bochas de esa localidad, el Consejo Directivo, deferiendo al pedido formulado por esa Asociación, acordó donarle la cantidad de S/. 20,000.00 a condición de que desocupe de inmediato el local, disponiéndose, asimismo, que la suma mencionada será entregada a la Gerencia de la fábrica Vitarte, para que ésta, a su vez, la proporcione en armadas a dicho Club de acuerdo con el avance de obras de su nueva sede.

## **AGUA POTABLE PARA EL HOSPITAL OBRERO DE AREQUIPA**

Problema que adquiere cada día mayores proporciones, es el de la insuficiente dotación de agua para cubrir las necesidades del Hospital Obrero de Arequipa.

Ante esta situación, y teniendo en cuenta el ofrecimiento hecho a la Caja por el Seguro Social del Empleado, de proporcionarle el agua

## INFORMACIONES SOCIALES

requerida para su nosocomio a través de sus dos pozos tubulares que piensa construir en breve, siempre que la Institución contribuya con el 50% de los gastos que ascienden aproximadamente a S/. 300,000.00, el Directorio de la Caja ha acordado acceder a este temperamento, a condición de obtener, previamente, un informe técnico del Ministerio de Fomento al respecto.

### PRESTAMO A LA BENEFICENCIA PUBLICA DE HUANCAYO

La Beneficencia Pública de la localidad del rubro, se ha dirigido a la Institución solicitándole en préstamo la suma de S/. 500,000.00, con el fin de proceder al equipamiento del nosocomio de su propiedad que entrará próximamente en servicio, merced al subsidio que acaba de serle otorgado por el Supremo Gobierno.

La solicitud en cuestión contiene la oferta de parte de la Beneficencia, de reservar 40 camas para los asegurados de la Institución, por cada uno de los cuales deberá ésta abonar la suma de S/. 40.00 diarios en concepto de estancia hospitalaria.

La Caja, en principio, ha acordado acceder al pedido formulado a cuyo efecto deberá fijarse previamente, las condiciones respectivas, habiéndose autorizado, por otro lado, a la Gerencia para establecer una oficina administrativa en esa ciudad.

### ADQUISICIONES PARA EL EDIFICIO DE LA OFICINA MATRIZ Y HOSPITALES DE LA CAJA

Las siguientes son las propuestas formuladas por distintas firmas comerciales que han sido aceptadas por nuestro Directorio, para la provisión de diversos materiales y equipos destinados al edificio de la Oficina Matriz y Hospitales de Huariaca y Cerro de Pasco, actualmente en proceso de construcción y equipamiento.

Para el edificio de la Oficina Matriz: la propuesta presentada por la firma Intaco para sanitarios y las de la Wilbur Ellis, Somerin S. A. e Imaco S. A., para diversas especialidades de material eléctrico.

Con destino al Hospital de Huariaca, las formuladas por la Internacional Machineri, para la provisión de cocinas eléctricas; la de la Compañía Importadora-Exportadora Nacional por locetas asfálticas; la de la Corbin Lock Division por cerrajería, la de la United State Steel C<sup>o</sup>. S. A., por calamina; la de la Casa Martinto por repuestos para el sistema de calefacción y la formulada por la Compañía Electro Mecánica S. A. para la instalación eléctrica de exteriores y cocinas eléctricas.

La firma Quintana Hermanos obtuvo también la buena pró para la pintura de techos y fachadas de los hospitales de Huariaca y Cerro de Pasco, y la Compañía Nacional de Mármoles, para la confección de escaleras, pisos de terrazo y martelinado del último nosocomio citado.

### OBRAS EN HOSPITALES DE LA CAJA

Ha sido ultimamente aprobado el presupuesto presentado por la Empresa Schindler del Perú S. A., para la preparación de dos entradas adicionales, destinadas a cada uno de los ascensores que deberán instalarse

## INFORMACIONES SOCIALES

en el Hospital Obrero de Huacho, el que asciende a \$ 3,480 Cif Callao por los ascensores, más S/. 24,000.00 por las labores de instalación.

Asimismo se acordó los siguientes egresos: S/. 163,259.77 para las obras de ampliación de la lavandería del Hospital Obrero de Lima; S/. 36,164.90 para la construcción de una caseta para la bomba de gasolina del mismo hospital; S/. 60,728.60 para la ampliación de los servicios de Rayos X de este nosocomio e igualmente S/. 17,500.00 a que asciende la adquisición de un fotómetro de llama modelo 4,100 y que se destina al Laboratorio Clínico.

La firma Cánepa Tabini S. A. fué autorizada, igualmente, a la provisión de materiales eléctricos destinados a la ampliación de la Sub-estación del Hospital Obrero de Huariaca, por un monto que asciende a S/. 41,948.50. Se ha sancionado también el gasto de S/. 8,000.00 que es la cantidad señalada en el presupuesto de la factoría Luz para construir en este último nosocomio un tanque de petróleo con capacidad para 2,000 galones y el monto de la propuesta de S/. 4,400.00 de la firma Chuchiure, para la confección de dos tramos de chimenea para el desfogue de calderos y dos para la máquina de lavandería.

Se dispuso, asimismo, colocar un pedido en la firma Cipsa para el suministro de un winche y una vibradora de concreto destinados a la obra del edificio de la Oficina Matriz por un valor de S/. 19,500.00 por el winche y S/. 11,900.00 por la vibradora.

También fué aprobado el presupuesto de U. S. \$ 3,714.45 presentado por la Compañía de Acero del Perú para el aprovisionamiento de materiales para la instalación de agua y S/. 5,700.00 de la firma Ciensa para el desagüe, colocándose también a esta última firma un pedido por sumideros por un valor de \$ 125.60.

### AUMENTO A LOS SERVIDORES DE LA CAJA

Un aumento de carácter general a todos sus servidores fué acordado por el Directorio de nuestra Institución, en su reunión de 8 de noviembre último.

El aumento en cuestión equivale al 80% del ya acordado con fecha 28 de marzo de 1956, para aquéllos que no alcanzaron S/. 300.00; y el mismo porcentaje sobre esta última cantidad para los que habiendo percibido una mejora en su haber más elevada, no se les acordó los S/. 300.00 que señalaba el Decreto Supremo de 27 de abril del año próximo pasado.

Correlativamente, se accedió y puso en práctica, la propuesta formulada por el señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social que tiende a adoptar, sin perjuicio de la atención de los asegurados, medidas de inmediato control financiero que permitan afrontar el mayor egreso que el indicado aumento supone.

### DEUDAS DE LAS EMPRESAS DE TRANSPORTES

La Caja se encuentra enfrentando en la actualidad una situación muy especial, derivada del problema suscitado por las contribuciones insolutas a cargo de las empresas de transportes de la Capital, que en

## INFORMACIONES SOCIALES

forma reiterada, han fundamentado su incumplimiento en la falta de recursos económicos.

Para solucionar dicho problema el Consejo Directivo ha acordado que el señor Ministro de Salud Pública formule consulta al titular de Gobierno y Policía, con referencia a la situación económica real de las aludidas empresas, con cuya información se adoptarán las medidas encomendadas a cobrar las sumas adeudadas.

### ATENCION DE LOS ASEGURADOS EN EL HOSPITAL LARCO HERRERA

Se ha dispuesto la reanudación de las conversaciones entre los organismos directivos de la Caja y los de la Beneficencia Pública de Lima tendientes a dar solución al problema suscitado por esta última Institución, con referencia a la atención en el Hospital Sanatorio Larco Herrera de los asegurados de la Caja que se encuentran en la situación de enfermos mentales, los mismos que al vencimiento del plazo legal de atribución de prestaciones de enfermedad, son declarados inválidos.

A este respecto, dicha Beneficencia ha formulado negativa expresa a renovar el contrato de coordinación de servicios con la Caja, a menos, que por nuestra parte, se garantice indefinidamente el pago de estancias hospitalarias, habiendo por otro lado, rechazado la fórmula que se le había propuesto, y que en síntesis se concreta a contemplar la aplicación a este tipo de enfermos, de las normas vigentes sobre seguro de enfermedad prolongada a los asegurados tuberculosos.

### APARATO DE PROTESIS PARA UN ASEGURADO

Aunque por disposición específica de las leyes del Seguro, las prestaciones del riesgo de enfermedad se conceden sin prótesis, el Directorio de la Caja ha accedido últimamente a la solicitud formulada por uno de sus asegurados, para que se le proporcione una pierna ortopédica en mérito a que, concordando con la opinión del médico tratante, la provisión de esta pieza disminuirá la invalidez declarada por habersele amputado el miembro inferior izquierdo, permitiendo, de esta forma, rehabilitar al asegurado en el mercado de trabajo.

### SOLICITUD DE SUBROGACION DEL DIRECTOR-GERENTE

El Directorio de la Institución deferiendo a la solicitud formulada, con carácter irrevocable, por el señor Ernesto Zapata Ballón, Director-Gerente de la Caja, acordó recientemente subrogarlo del alto cargo que venía desempeñando desde el 10 de abril del año 1953.

En el curso de dicha reunión, el doctor Jorge Haaker Fort, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social y demás miembros del Consejo, expresaron individualmente sus sentimientos de pesar por el apartamiento definitivo del señor Zapata, recordando la importancia de su calificada colaboración desde la fecha de expedición de la ley de creación del Seguro y durante toda la etapa de organización y desarrollo de la Caja, acordándose, por unanimidad, tributarle un voto de agradecimiento por

## INFORMACIONES SOCIALES

los importantes servicios prestados a la Nación y particularmente a la Caja, acuerdo, que a pedido del Consejo, fué encargado de transmitirlo al señor Zapata el propio Ministro de Salud Pública y Asistencia Social.

### MISION DEL SUPERINTENDENTE GENERAL DE HOSPITALES EN AREQUIPA

En relación con el pliego de reclamos formulado por distintos sindicatos de la ciudad del rubro, con referencia al fallecimiento de un asegurado en el Hospital Obrero de Arequipa, viajó recientemente a dicha ciudad el doctor Guillermo Almenara, Superintendente General de Hospitales de la Caja, cuyas gestiones han permitido establecer la exactitud del diagnóstico elaborado por los médicos tratantes de ese nosocomio.

Con motivo de este viaje se contempló la necesidad de aumentar en ese hospital el número de médicos, enfermeras y técnicas laboratoristas, en vista de la mayor demanda que se venía registrando en los distintos servicios, habiéndolo acordado así el Directorio.

### NUEVAS AUTORIDADES DE LA CAJA DEL SEGURO SOCIAL

Proveyendo el cargo de Director-Gerente de la Institución, vacante por subrogación del señor Ernesto Zapata, el Consejo Directivo de la Caja, en reunión de 17 de diciembre en curso, acordó nombrar para el mismo al señor Teodoro Noel Alvarado, quien hasta entonces se hallaba al frente de la Gerencia.

El señor Noel es funcionario fundador de la Caja en la que ingresó a prestar sus servicios como Jefe del Departamento de Inspección.

En el mes de febrero de 1950 fue ascendido a Sub-Gerente, cargo que desempeñó hasta el 10 de abril de 1953 en que fué promovido a Gerente.

En diversas oportunidades ha ejercido interinamente la Gerencia General, habiendo, además, concurrido a distintas conferencias y reuniones internacionales sobre seguridad social.

La experiencia del señor Noel como administrador del régimen peruano de Seguro Social Obrero, garantiza el acierto de su gestión como Director Gerente de la Caja.

En la misma sesión se acordó designar como Gerente, al Dr. Carlos Lazarte Echegaray, antiguo funcionario del Estado en el ramo de Salud Pública, donde ha venido ejerciendo el cargo de Director General de Salud Pública.

El Dr. Lazarte se halla, además, vinculado desde hace varios años a nuestro régimen como miembro de su Directorio, habiendo ejercido también, transitoriamente, la Gerencia del Seguro Social del Empleado.

Asimismo se acordó ascender al cargo de Sub-Gerente Administrativo al señor Hernán Gambetta Nieto, funcionario con 19 años de servicios en la Caja, en el transcurso de los cuales ha desempeñado diversos cargos de importancia y últimamente, el de Jefe del Departamento de Inspección.

## INFORMACIONES SOCIALES

## PRESTAMOS OTORGADOS POR EL FONDO DE EMPLEADOS

Insertamos a continuación la relación de servidores de la Caja que han obtenido préstamos para la construcción, ampliación, reconstrucción o compra de viviendas destinadas a casa-habitación:

## SESION DE 8 DE SETIEMBRE DE 1956

Srta. Clara Díaz Montoya . . . . .	S/.	57,000.00
Srta. Rosa Victoria Solís Rueda . . . . .	„	45,000.00
Sr. Carlos Rivera Zapata . . . . .	„	205,000.00
Sra. Victoria Cándor López de Pérez . . . . .	„	43,707.72
Sr. Eduardo Palao Díaz . . . . .	„	83,005.14
Sra. Ernestina Molina de Rojas . . . . .	„	44,623.07
Srta. Elcira Barrantes Centurión . . . . .	„	76,556.12
Srta. Julia Cánepa Vera . . . . .	„	71,500.00
Sr. Juan Melec Fajardo Boorquez . . . . .	„	213,869.09
Srta. Rebeca Suasnabar Izaguirre . . . . .	„	28,000.00
Sra. Rosa Patiño M. de Rodríguez . . . . .	„	24,000.00
Sr. Julio García Pancorvo . . . . .	„	136,157.56
Srta. Carolina Scholl v. Hohmblum . . . . .	„	52,120.62
Srta. Elvira del Río Longoni . . . . .	„	68,422.04
Sr. Federico Gutiérrez Sánchez . . . . .	„	92,000.00
Sr. Wilfredo Hurtado de Mendoza . . . . .	„	111,000.00
Sra. Gladys Lecca P. de Tamayo . . . . .	„	52,424.30
Srta. Maria Migliori Migliori . . . . .	„	72,000.00
Srta. Yolanda Alvarez Castillo . . . . .	„	41,065.70
Srta. Aida Pílares Polo . . . . .	„	72,083.41
Sr. Celso Rodríguez Canseco . . . . .	„	120,000.00
Sr. Antonio Tori Castro . . . . .	„	90,000.00
Srta. Alejandrina Vilchez Cristóbal . . . . .	„	47,681.15

## AMPLIACIONES

Sr. Carlos Benavides Freundt . . . . .	S/.	169,754.88
Sr. Eulogio Pimentel Hernández . . . . .	„	24,938.62
Sr. Erasmo Carranza Irribarren . . . . .	„	16,000.00
Sr. Henry Biber Poillevard . . . . .	„	21,406.59
Sr. Victor E. Berríos . . . . .	„	24,430.56
Sr. Alfonso Serpa Vargas . . . . .	„	22,467.56
Sr. Carlos Peschiera Carrillo . . . . .	„	19,748.57
Sr. Andrés Oropeza Egoavil . . . . .	„	5,000.00
Sr. Alfonso Arce Ramos . . . . .	„	20,961.40
Sr. Guillermo Salcedo Felipa . . . . .	„	7,000.00
Sr. Luis B. Alcedán F. . . . .	„	24,256.64
Srta. María Iturrizaga Galarreta . . . . .	„	40,456.00
Sr. Guillermo Barbosa Falconí . . . . .	„	26,771.76

**INFORMACIONES SOCIALES**
**RACIONES ALIMENTICIAS A LOS SERVIDORES DE LOS  
 HOSPITALES OBREROS DE LA CAJA**

El cuadro que a continuación se inserta muestra las raciones servidas en los distintos nosocomios de la Caja, durante el año 1955, a 446 médicos, 1705 empleados y 1159 obreros o sea en total 3310 personas que en ellos prestan sus servicios y que por razón de la índole de sus labores deben tomar sus alimentos en los establecimientos indicados. Del mismo se desprende que se ha otorgado diariamente 2,003 desayunos; 2,864 almuerzos y 2,509 comidas a dichos servidores.

HOSPITAL	Médi- cos	Emplea- dos	Obreros	Total Personal	Desayu- nos	Almuer- zos	Comidas
Arequipa . . .	22	85	70	177	129	140	129
Callao . . . .	28	53	39	120	13	15	16
Cañete . . . .	11	53	66	130	100	103	100
Chiclayo . . . .	31	57	119	207	140	156	140
Chincha . . . .	9	57	62	128	84	92	88
Chocope . . . .	18	71	67	156	142	142	138
Huacho . . . .	22	76	71	169	101	121	101
Ica . . . . .	14	80	47	141	114	114	114
Lima . . . . .	226	844	420	1,490	786	1,325	1,287
La Oroya . . . .	23	134	75	232	90	202	90
Pisco . . . . .	8	18	5	31	—	—	—
Piura . . . . .	16	53	95	164	104	137	104
Trujillo . . . .	18	124	23	165	126	159	124
Sup. Gral. de Hospitales . . .	—	112	32	144	74	140	78
<b>Total . . . . .</b>	<b>446</b>	<b>1,705</b>	<b>1,159</b>	<b>3,310</b>	<b>2,003</b>	<b>2,846</b>	<b>2,509</b>

**ESTADISTICA ASISTENCIAL DEL AÑO 1955**

El volumen de atenciones otorgadas en los nosocomios de la Caja a sus 395,943 asegurados durante el año 1955, se desprende del cuadro siguiente:

Se consigna en el mismo, también, el número total de camas de nuestros hospitales que asciende a 2,102, así como la cantidad de médicos y empleados y servidores manuales que prestan sus servicios en ellos.

Se precisa que en el ejercicio que se analiza, se han efectuado en los Consultorios Externos 1'006,892 consultas; el Servicio Médico Rural ha atendido a 318,247 pacientes; el Servicio Médico Domiciliario a 41,111.

Se hospitalizaron en total en dicho año a 31,330 asegurados habiéndose producido 633,565 estancias.

ZONAS	Número de asegurados	Número de camas	Consultorios Externos	Servicio Médico y O. (Consultas) Rural	Servicio Médico y O. Domiciliario	Número de hospitalizados	Estancias producidas	Médicos	Empleados	Obreros
Piura . . . . .	9.789	133	6.039	2.056	18	1.482	20.107	16	53	95
Chiclayo . . . . .	35.105	173	41.196	75.377	—	2.219	53.154	31	57	119
Trujillo . . . . .	18.514	88	24.485	6.647	1	1.235	21.297	18	124	23
Chocope . . . . .	8.619	111	29.898	79.850	—	1.767	31.667	18	71	67
Huacho . . . . .	29.180	90	44.555	79.860	400	2.438	40.238	22	76	71
Callao . . . . .	16.827	19	105.433	—	5.719	504	3.709	28	53	39
La Oroya . . . . .	18,495	183	23.407	16.044	—	2.259	38.555	23	134	75
Lima . . . . .	191.556	850	569.547	39.555	31.571	12.251	303.441	226	844	420
Cañete . . . . .	14.442	93	16.185	4.588	—	1.979	23.619	11	53	66
Chincha . . . . .	10.578	98	17.392	1.086	—	1.325	19.521	9	57	62
Pisco . . . . .	7.665	—	16.440	3.340	406	—	—	8	18	5
Ica . . . . .	15.808	129	44.917	5.313	255	2.485	32.510	14	80	47
Arequipa . . . . .	19.365	135	67.398	4.531	2.741	1.386	45.747	22	85	70
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>395.943</b>	<b>2,102</b>	<b>1'006.892</b>	<b>318.247</b>	<b>41.111</b>	<b>31.330</b>	<b>633.565</b>	<b>446</b>	<b>1.705</b>	<b>1.159</b>

## INFORMACIONES SOCIALES

**IV PROMOCION DE LA ESCUELA DE DIETISTAS DE LA  
CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL**

Con asistencia del Sr. Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Doctor Jorge Haaker Fort, tuvo lugar el día 14 de diciembre del corriente año, la ceremonia de graduación y entrega de diplomas a las señoritas dietistas, integrantes de la Promoción "Dr. Juan Philipps Veliz". Esta nueva Promoción de 22 profesionales egresa después de haber concluido en forma intensiva sus estudios académicos, habiendo acordado vincular su nombre al del Dr. Juan Philipps, Director del Hospital Obrero de Lima.

Iniciada la ceremonia, el Dr. José A. Ruiz, Director de la Escuela, dió lectura a su discurso-memoria en el que destacó la importante labor social que cumplen las dietistas en la defensa de la salud.

Hizo también notar que hasta la fecha, en los diez años de funcionamiento que tiene la Escuela, han egresado cuatro promociones con un total de 73 señoritas, que están desempeñando una innegable función en el campo de la nutrición.

A continuación hizo uso de la palabra el Dr. Guillermo Almenara Superintendente General de Hospitales quien luego de destacar la labor cumplida por la Escuela, se refirió a que eran necesarios nuevos locales para la preparación de las dietistas, quienes se educan en ese Centro que es el primero que se ha establecido en el Perú.

A continuación la Srta. Luisa Zegarra, pronunció sencillas y emotivas palabras de despedida, agradeciendo a las 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, felicitó a las señoritas dietistas de la Promoción "Juan Philipps Veliz", alentándolas en la honrosa labor elegida.

**NUEVA PROMOCION DE TECNICAS DE LABORATORIO CLINICO**

En el Auditorium del Hospital Obrero de Lima, se realizó el 21 de diciembre en curso, la ceremonia de graduación y entrega de títulos e insignias a la IIIa. Promoción de la Escuela de Técnicas de Laboratorio Clínico, integrada por 12 nuevas profesionales.

Se inició la ceremonia con el discurso-memoria del Director de la Escuela Dr. Julio Napanga, quien se refirió a la eficiente formación profesional de las egresadas.

A continuación el señor Superintendente General de Hospitales, Dr. Guillermo Almenara hizo uso de la palabra, felicitando a las graduandas y dándoles a conocer la importancia de su futura labor.

La técnica señorita María A. Sánchez Vallejos, a nombre de la Promoción que egresa, se refirió en breves y emocionadas frases, al período de estudios, y a la fecunda labor que esperan realizar las integrantes de la Promoción, agradeciendo a las autoridades de la Institución por las facilidades otorgadas en el ciclo estudiantil. Terminó la ceremonia con la entrega de diplomas e imposición de insignias a las nuevas profesionales.



BICENTENARIO  
PERÚ 2021



SECRETARÍA GENERAL  
Oficina de Servicios de la Información  
Archivo Central



**IV Promoción de la Escuela de Dietistas de la Caja Nacional de Seguro Social.  
"Promoción Juan Philipps Véliz"**



BICENTENARIO  
PERÚ 2021



SECRETARÍA GENERAL  
Oficina de Servicios de la Información  
Archivo Central



Tercera Promoción de la Escuela de Técnicas de Laboratorio Clínico de la Caja Nacional de Seguro Social.

# Información Nacional

## CREACION DE LA JUNTA COORDINADORA DE ESTADISTICAS DE TRABAJO Y COSTE DE VIDA

Por resolución suprema de 6 de noviembre último, se ha creado en el Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas, la Junta del epígrafe que estará integrada por funcionarios designados por las siguientes reparticiones: Servicio Cooperativo del Empleo, Dirección General de Trabajo, Dirección Nacional de Estadística, Caja Nacional de Seguro Social y Seguro Social del Empleado.

Las siguientes son las atribuciones de la Junta:

- a) Coordinar los programas de estadísticas del trabajo de las dependencias que la integran;
- b) establecer normas, desarrollar métodos y elaborar un programa para la realización y publicación de estadísticas de: empleo, salarios, horas de trabajo, accidentes de trabajo, huelgas y paralizaciones, y de otros aspectos del campo laboral;
- c) estructurar un índice de costo de vida nacional, revisar el existente para Lima, Callao y balnearios y establecer los índices correspondientes en las regiones o ciudades donde fuera necesario, efectuando las encuestas sobre presupuestos familiares y estudios sobre salarios reales;
- d) asignar las atribuciones de cada uno de los funcionarios que la integran.

Se ha señalado que uno de los Directores del Servicio Cooperativo del Empleo presidirá dicha Junta, siendo asesorado por el Experto en Estadística de Trabajo y Costo de Vida de la OIT. durante la permanencia de éste en el país.

## ESTABLECIMIENTO DEL COMITE INTERMINISTERIAL DE SANIDAD ESCOLAR Y EDUCACION SANITARIA

Con el fin de intensificar los medios de defensa de la salud escolar, por D. S. de 9 de noviembre, se ha constituido el Comité del rubro que será presidido por el Jefe de la División de Sanidad Escolar y Educación Sanitaria del Ministerio de Salud Pública e integrado por un delegado de cada una de las Direcciones de Educación Primaria, Secundaria, Técnica, Normal, Rural y Educación Física, y por 3 delegados del Ministerio de Salud Pública.

Corresponderá a este Comité: a) dictar normas técnicas para el mejor desarrollo del programa de Sanidad Escolar, Educación Sanitaria, en los diferentes planteles de enseñanza de la República;

## INFORMACIONES SOCIALES

b) adoptar todas las medidas necesarias para conseguir la más estrecha cooperación de maestros, alumnos y padres de familia en la defensa de la salud del escolar y su adecuada capacitación en educación sanitaria.

### INSTALACION DEL COMITE TECNICO INDIGENISTA

Por D. S. de 7 de noviembre, se ha creado un Comité Técnico dependiente del Instituto Indigenista Peruano, cuyos fines específicos son:

- a) dedicarse al estudio y conocimiento científico de los pueblos peruanos;
- b) proporcionar la ayuda necesaria, a base de los estudios y experiencias realizadas, a núcleos campesinos y comunidades de indígenas para el planteamiento y solución de sus problemas más urgentes;
- c) propender al mayor y mejor conocimiento de los problemas que atañen al sector indígena, tomando en cuenta sus relaciones con los estratos sociales inmediatos;
- d) coordinar los organismos y entidades estatales que intervienen en los programas de acción social;
- e) conocer y supervigilar las actividades de los organismos o misiones de carácter internacional destinadas al fomento en el país, de obras de bienestar científico y social en relación con el problema indígena.

Este Comité Técnico está integrado por 9 miembros, cuya relación es la siguiente: Dr. Carlos Monge, Director del Instituto Indigenista Peruano, que lo preside, Dr. Luis Valeárcel, Decano de la Facultad de Letras de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Dr. Pedro Weiss, Profesor de Antropología de la Facultad de Ciencias, General Felipe de la Barra, Presidente del Centro de Estudios Histórico-Militares; Dr. Manuel C. Abastos, Profesor de la Facultad de Derecho; Sr. Leopoldo Astete Maraví, Director de Educación Rural y Alfabetización del Ministerio de Educación Pública; Dr. Enrique Campos P., Director de Asistencia Social y Hospitalaria, del Ministerio de Salud Pública; por el Ing. Abelardo Baracco, del S.C.I.P.A., Ministerio de Agricultura y Dr. Manuel Velazco Núñez, Secretario General del Instituto Indigenista Peruano, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas.

El día 12 de noviembre, dando cumplimiento al dispositivo gubernamental, se efectuó la instalación del Comité Técnico, haciendo uso de la palabra el Dr. Carlos Monge, quien se refirió a la necesidad del conocimiento científico de las poblaciones indígenas, la ayuda a efectuarse, así como a la coordinación y vigilancia de las experiencias de fomento indígena de los programas bio-sociales.

### EMPADRONAMIENTO DE BARRIADAS CLANDESTINAS

De conformidad con el plan trazado por la Comisión de Reforma Agraria y Pequeña Propiedad, en colaboración con el Instituto de Etnología

## INFORMACIONES SOCIALES

de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, los días 11 y 18 de noviembre último, se realizó el empadronamiento de las barriadas clandestinas de Lima, ubicadas a las márgenes del río Rímac.

Los objetivos de esta investigación aspiran a:

- 1º.—Conocer la población total de las barriadas distribuidas por sexo, edad y estado civil;
- 2º.—Verificar la capacidad económica de los moradores, ocupación, lugar de trabajo y estabilidad ocupacional;
- 3º.—Averiguar diversos datos de filiación personal, así como la fecha de llegada a Lima;
- 4º.—Conocer el grado educacional;
- 5º.—Examinar la actividad social, etc.

Tuvieron a su cargo esta importante encuesta 323 alumnos de la Facultad de Letras, de la Universidad Mayor de San Marcos, quienes desde las 7.30 a. m. hasta las 6 p.m. de los días mencionados efectuaron el empadronamiento de las barriadas, distribuidos en otros tantos equipos al mando de un jefe de grupo cada uno. Las barriadas censadas fueron las siguientes: Margen izquierda del río Rímac — Reinoso, Carmen de la Legua (Nuevo Callao), Mirones, Chancherías, Chiqueros, Basurales y Jardines, Dos de Mayo, Primero de Mayo, Ciudad Perdida y Ascope; Margen Derecha del río Rímac - Cabecera del Puente del Ejército, Pedregal, Zarumilla, Fray Martín de Porras, Piñonate, Cantagallo, Huascarán, Rímac y Veintiocho de Julio; a estas barriadas se agregaron después las que se indican, encuestadas en una segunda etapa: Mariscal Castilla, El Altillio, Tarma Chica, Santa Rosa, Villa Palma, Leticia, Tres Compuertas, Caja de Aguas, Santa Rosita, Barrio Independiente, Doña Isabel, Santa Clara de Villa Luz, San Pedro y El Agustino; y en la Provincia Constitucional del Callao: Puerto Nuevo, Miramar y Ciudad de la Chalaca. En otros distritos: Mendocita, Matute, Ciudad de Dios, Chorrillos, Armatambo y Ascona.

En total se ha censado casi 50 barriadas, todas ellas carentes de agua, desagüe, luz, postas sanitarias, servicios elementales y cuyas construcciones carecen de higiene, seguridad y garantía necesaria para salvaguardar el valioso capital humano.

La Dirección Nacional de Estadística, del Ministerio de Hacienda y Comercio, tendrá a su cargo la tabulación y elaboración de los resultados de esta importante encuesta, que nos será muy grato ofrecer próximamente a nuestros lectores.

### CENSO EXPERIMENTAL EN LIMA Y DISTRITOS

Concluyendo con las investigaciones preliminares, tendientes a unificar los métodos, sistemas y cédulas a emplearse en el Censo Nacional de la República, el día 18 de noviembre tuvo lugar un censo experimental en diversos lugares de la ciudad de Lima.

Las cédulas utilizadas fueron de dos tipos: de vivienda y población; en la de vivienda se insertaron datos sobre habitaciones ocupadas, y desocupadas, materiales de construcción, servicios de agua, desagüe,

## INFORMACIONES SOCIALES

higiénicos, alumbrado, cocina, etc.; en la de población se anotaron las personas residentes, datos personales, ocupaciones, edad, sexo, estado civil, etc. Igualmente se registraron informaciones sobre los menores de dos meses de edad, establecimientos comerciales o industriales, etc.

De este modo fueron censadas aproximadamente 10,500 personas de los barrios del Cercado, Chirimoyo, Maravillas, Breña, El Porvenir y Rimac, habiendo participado 102 empadronadores previamente seleccionados y entrenados. Así pues, con la pesquisa de Lima, la Oficina Ejecutiva del Censo Nacional ha concluido el censo experimental que desde agosto de 1955 ha venido realizando en 34 lugares del país.

### COMISION PARA EL ESTUDIO DE LA MENDICIDAD

Con fecha 8 de noviembre se ha expedido por el Ramo de Gobierno, la Resolución Ministerial N° 290, que designa una Comisión que se encargará de estudiar los problemas relacionados con la mendicidad callejera en Lima, Callao y Balnearios, debiendo elevar al Ministerio de Gobierno a la brevedad posible las conclusiones e informes correspondientes.

Dicha Comisión estará integrada por las siguientes personas: Sr. Alcalde del Concejo Provincial de Lima, Sr. Alcalde del Concejo Provincial del Callao; el Director de Asistencia Social y Hospitalaria del Ministerio de Salud Pública, un representante de la Beneficencia Pública de Lima, del Rotary Club de Lima, del Club de Leones de Lima, de la Acción Católica y del Hogar de la Madre.

### SEGUNDO SEMINARIO DE PROTECCION A LA INFANCIA

Entre el 26 de noviembre y 4 de diciembre últimos se desarrolló en Lima el Seminario del epígrafe, patrocinado por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, bajo la dirección general del Departamento Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Perú.

Los temas estudiados fueron los siguientes:

- a) Problemas de higiene y educación sanitaria del niño y de la familia;
- b) Problemas sociales, legales y económicos del niño y de la familia; y
- c) Delincuencia Juvenil.

En la ceremonia inaugural, el doctor Otto Fieck, Jefe del Departamento Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Perú, remarcó la importancia del certamen, en el que expondrían los diferentes problemas que se presentan en la infancia y los planes y proyectos tendientes a su solución. Participó el Dr. Alfredo Ramos Guerra, Director del Equipo Técnico del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, quien se refirió a la obra que realiza ese importante organismo; el Dr. Sebastián Lorente, Presidente del Consejo de Salud Mental del Perú, usó de la palabra incidiendo en la necesidad de resolver uno de los más agudos problemas médicos-sociales del país: la recuperación de los niños, porque ellos constituyen lo más valioso del patrimonio nacional. Finalmente, el Ministro de Trabajo y

## INFORMACIONES SOCIALES

Asuntos Indígenas, Dr. Ricardo Elías Aparicio, encargado de la cartera de Salud Pública y Asistencia Social, declaró solemnemente inaugurado el certamen.

El Seminario se desarrolló en forma muy activa durante los nueve días de su duración, dada la gran variedad, calidad y contenido de los numerosos trabajos presentados, así como por la versación de sus autores y el interés de los asistentes.

Después de haberse discutido y examinado las diversas ponencias presentadas, el Seminario aprobó las conclusiones que a continuación se detallan:

- 1º—Los Programas de Protección a la Infancia que se realicen en una comunidad deben ser planeados y ejecutados sin discriminación de raza, religión o condición económico-social, teniendo como norma básica el concepto de que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino un justo equilibrio de bienestar físico, social y mental a que todo niño tiene derecho.
- 2º—El Seminario declara que la Protección integral a la Infancia, requiere de la existencia de un organismo técnico que norme, unifique, coordine y dirija las actividades relacionadas con el bienestar del niño. Este organismo debe estar dotado de la jerarquía, autonomía y recursos necesarios para poder cumplir los altos fines a él encomendados.
- 3º—El Seminario recomienda que es de absoluta necesidad la asistencia integral al grupo familiar así como la más adecuada solución a los problemas de la comunidad, como base indispensable para una completa protección a la infancia, teniendo en consideración las características peculiares de cada comunidad.
- 4º—El Seminario considera esencial que la legislación en favor de la infancia, debe contener debidamente codificadas las normas, principios y procedimientos para la más eficaz solución de los problemas específicos que ella confronta.
- 5º—Recomienda intensificar la Educación Sanitaria, tanto en ambientes urbanos como rurales, utilizando todos los medios adecuados (organismos y personas) dedicando preferente atención a la educación de los padres y futuros padres, así como que en los Programas de Higiene Escolar de las Escuelas Normales y las Facultades de Educación de las Universidades, se considere un capítulo especial que se relacione con la Educación Sanitaria.
- 6º—Recomienda la necesidad de estimular y elevar el nivel nutritivo de nuestros niños y por ende extender y ejecutar programas de alimentación para ellos y los grupos familiares, privados de recursos o carentes de preparación adecuada.
- 7º—Siendo la niñez el campo preferente de la prevención de la Salud Mental, el Seminario recomienda se estimule todos los organismos que pueden planificar y fomentar la Higiene Mental.
- 8º—Recomienda el estudio integral de la familia y la creación de Clínicas de Higiene Mental en las Maternidades, así como de Clínicas de

## INFORMACIONES SOCIALES

Orientación de la Niñez, tanto en los Centros Materno-Infantiles como en los Juzgados de Menores.

- 9º—Recomienda asimismo, se haga una realidad el Instituto de Psiquiatría Infantil.
- 10º—Recomienda que en los programas educativos, en los órganos de prensa, en los espectáculos públicos que dan acceso a menores y en las actividades de instituciones dedicadas a promover el mejoramiento de la sociedad, se introduzca temas y se desarrolle campañas sistemáticas orientadas a prevenir al niño y al adolescente sobre los peligros que el ambiente urbano y rural ofrecen para la conservación de su vida, su salud y su moralidad.
- 11º—Recomienda la necesidad de incrementar los Clubes Agrícolas Juveniles, los núcleos escolares campesinos y de toda institución recreativa y social que agrupe niños con fines de elevar su nivel educativo, nutritivo, económico-social y de preparación técnica.
- 12º—El Seminario estima de absoluta necesidad, se continúe intensificando el mejoramiento de la vivienda, como elemento básico, para una mejor protección familiar, otorgando atención preferente en lo que se refiere a las clases sociales de más bajo nivel socio-económico.
- 13º—Recomienda intensificar el Servicio Social en todas sus actividades dentro de la comunidad, estimulando la acción que cumple en la Protección a la Infancia, reconociendo la importancia que él tiene en la atención médica, educativa, social y jurídica.
- 14º—Reconociendo que la “delincuencia infantil y juvenil” es un fenómeno biológico, psicológico y social que es necesario estudiarlo y resolverlo de acuerdo a este criterio, recomienda que sean equipos de especialistas los que centralicen y coordinen las actividades enfocadas hacia la prevención y el tratamiento de la conducta antisocial del menor.
- 15º—Recomienda que en lo referente a la Legislación, preventiva y correctiva de la conducta antisocial de menores, las disposiciones al respecto deben estar coordinadas en una codificación especial que en el primero de esos aspectos organice una función administrativa, y en el segundo una función judicial, instituyendo una jurisdicción privativa contemplando las medidas tutelares o reeducativas que aplicará teniendo en cuenta el estudio médico-psiquiátrico-psicológico y social del menor sobre la base tipificadora legal en que incurra su infracción.
- 16º—Recomienda que las atribuciones correspondientes a la Jurisdicción de Menores, deben comprender el orden de Derecho Civil en lo que se refiere a funciones tutelares conducentes al aseguramiento de la situación de de los menores en el núcleo familiar y la sociedad y aún el orden de Derecho Penal en los casos de incumplimiento de asistencia a la familia o de las normas establecidas a favor de los menores.
- 17º—Recomienda que se incorpore el estudio de los elementos de administración y de la bio-estadística aplicada a los problemas de Protección a la Infancia, como elementos valiosos para la planificación, ejecución y evaluación de los programas.

## INFORMACIONES SOCIALES

- 189—El Seminario deja establecido que es de responsabilidad de toda la comunidad, colaborar y contribuir a la Protección Infantil y que la acción de ésta, así como la del Estado y la de todos los organismos que trabajan en la Protección de Menores, debe ser de colaboración, cooperación y coordinación bajo normas uniformes.
- 199—Recomienda la continuación del estudio psicológico del niño peruano, ya iniciado por la Delegación Peruana al Sexto Congreso Panamericano del Niño, reunido en Lima, en julio de 1930.

## ACCION SANITARIA EN BARRIADAS DE LIMA

Recientemente la Prefectura de Lima ha creado un Departamento de Barriadas Clandestinas, destinado a prestar ayuda legal, médica-técnica y pedagógica a los pobladores de los suburbios de la Capital. Colaboran desinteresadamente con este Departamento numerosos profesionales, estudiantes de centros superiores y en general, personas, que tratan de resolver los numerosos problemas que afectan a esos seres humanos.

Entre la primeras actividades realizadas por el Departamento, se cuenta la instalación de numerosas postas sanitarias en distintas barriadas, de acuerdo con el grado de morbilidad de los habitantes; así inicialmente han prestado gratuitamente sus servicios 16 médicos y 40 estudiantes de medicina y enfermeras graduadas, habiéndose proporcionado medicinas y atención especializada a gran número de personas. A la fecha ha aumentado considerablemente el personal de médicos y estudiantes quienes en forma desinteresada colaboran en esta noble tarea.

Se ha calculado que existen 101 barriadas clandestinas en Lima, y que el número de sus habitantes es de aproximadamente medio millón.

# Información Extranjera

## ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO

### Ratificación de Convenios

En el mes de agosto de 1956, el Director General de la O.I.T., ha registrado la ratificación de diversos convenios internacionales del trabajo, por parte de Honduras (convenio sobre igualdad de remuneración, 1951); de Ucrania (sobre trabajo forzoso, 1930, sobre las cuarenta horas, 1935, y sobre la igualdad de remuneración, 1951) y, por último de Rusia Soviética.

Este país ha suscrito los siguientes convenios: edad mínima (agricultura, 1921), derecho de asociación, (agricultura, 1921), edad mínima (pañoleros y fogoneros), examen médico de los menores (trabajo marítimo, 1921), vacaciones pagadas (1936), edad mínima (trabajo marítimo, 1936), edad mínima (industria, 1937), edad mínima (trabajos industriales, 1937), examen médico de los menores (industria, 1946), examen médico de los menores (trabajos no industriales, 1946), trabajo nocturno de menores (trabajos no industriales, 1946), libertad sindical y protección del derecho de sindicación (1948), derecho de sindicación y de negociación colectiva (1949), protección a la maternidad, (1952).

Posteriormente con fecha 20 de septiembre de 1956, se recibió la ratificación de Marruecos de 8 convenios y cuatro días después la de Argentina concerniente también de 8 convenios.

## ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

### Médicos y Escuelas de Medicina en el Mundo

De acuerdo con los últimos estudios efectuados por la O.M.S. existen en todo el mundo, 1'200,000 médicos y anualmente se gradúan 50 a 60,000 galenos en un total de 595 Escuelas de Medicina distribuidas en 85 países.

Asimismo se ha señalado la distribución de los profesionales entre los 2,500 millones de habitantes del globo, señalándose que 14 países tienen un médico para menos de 1,000 habitantes, mientras que en 22 países la proporción es de uno por 20,000 habitantes o más. Entre estos extremos, el resto de los 124 países y territorios del mundo acusa cifras intermedias.

La investigación de la O.M.S. en este terreno muestra, igualmente que 9 países, sólo disponen de una Facultad de Medicina, teniendo poblaciones totales de más de un millón de habitantes; en cambio 13 países poseen sólo una Escuela por 9 a 17 millones de habitantes; se ha

## INFORMACIONES SOCIALES

observado que en numerosos países es urgente la creación de varios centros de formación médica.

### SEXTA CONFERENCIA DE LOS ESTADOS DE AMERICA

#### Miembros de la O.I.T.

Entre los días 3 y 14 de setiembre último, se realizó la Conferencia del epígrafe, en el Capitolio Nacional de La Habana, Cuba.

Concurrieron delegaciones de todos los países americanos, así como observadores de España, Francia e Inglaterra; el número total de delegados fué el siguiente: 53 gubernamentales, 27 empleadores y 33 trabajadores, haciendo un total de 113 delegados, aparte de los observadores. Asimismo se hicieron representar las siguientes instituciones gubernamentales: Organización para la Agricultura y Alimentación, Organización Mundial de la Salud, UNESCO, Organización de los Estados Americanos y Organización de Estados Centroamericanos.

Presidió la Conferencia, el Sr. José Suárez Rivas, Ministro del Trabajo de Cuba, actuando como Vice-Presidentes los señores Otto Fallas Monge (Costa Rica); Carlos Campuzano Olate (México), y Arí Campista (Brasil).

El orden del día fué el siguiente:

- 1.—Memoria del Director General de la O.I.T.
- 2.—Papel de los empleadores y trabajadores en los programas para elevar la productividad.
- 3.—Relaciones entre empleadores y trabajadores.
- 4.—Cooperativas.

En relación a esta agenda se discutieron y aprobaron importantes resoluciones, cuya versión sintetizada ofrecemos a continuación:

**Fomento de Productividad.**—a) Se establece que un aumento importante en los niveles de vida y en el bienestar humano en los países menos desarrollados de la región, depende en buena parte, de la obtención de una mayor productividad, de un empleo pleno de la mano de obra y de otros recursos, de una distribución equitativa de los beneficios resultantes y también del ingreso nacional. Una alta productividad hace posible un fortalecimiento de los fundamentos económicos del bienestar humano.

b) Se reconoce que la O.I.T. por su carácter tripartito, está facultada para promover programas de productividad en América; que la OIT. interesa a los gobiernos, sindicatos y empleadores en la formulación de programas de productividad; que ella amplíe su programa de asistencia técnica, mediante becas, cursos para dirigentes, entrenamientos prácticos, relaciones industriales, etc.

**Relaciones de Trabajo.**—a) Es importante la implantación de un sistema de informaciones y consultas que permita hacer conocer a los trabajadores sus intenciones, proyectos y planes y, a éstos, sus puntos de vista y sugerencias; estudiar los medios prácticos para fomentar y de-

## INFORMACIONES SOCIALES

sarrollar las negociaciones colectivas en todos los países; estimular a las partes para que en caso de conflicto procedan en primer término a sujeciones directas y que los contratos colectivos establezcan procedimientos de conciliación y arbitraje.

b) Que se organice un seminario de empleadores y trabajadores americanos para estudiar un plan efectivo de mejoramiento de las relaciones entre trabajadores y empleadores.

c) Se recomienda a la O.I.T. que prepare un estudio regional americano sobre los sistemas de participación en los beneficios y que incluya este problema en el orden del día de la próxima Conferencia Regional Americana.

**Cooperativas.—a)** La O.I.T. y otras entidades internacionales podrían contribuir a la organización cooperativa en América, mediante información, asesoramiento técnico, estudios especializados, reuniones, seminarios, cursos, becas y proyectos piloto.

b) Que la O.I.T. llame la atención a los países americanos sobre el fomento cooperativista que debe ser considerado como un objetivo de la política económica y social de América; sobre extender la organización cooperativa entre las comunidades indígenas y en otros campos vinculados con el bienestar social.

Además de las resoluciones correspondientes a los puntos de la agenda, la Conferencia aprobó diversas resoluciones sobre derechos sindicales, educación obrera, colaboración con la OIT, sobre las poblaciones indígenas y colaboración de la OIT con los delegados de los Presidentes de las Repúblicas Americanas.

## ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

### Miembros de la Mesa Directiva

Ofrecemos a continuación la nómina de los señores miembros que integran la Mesa Directiva de la A. I. S. S.

Presidente: Prof. Renato Morelli.

Vice-Presidentes: Sres. Antonio Ortiz Mena, Aime Texier, Walter Gassmann y Zdenko Has.

Tesorero: Sr. Bernard A. Van Schaik.

Secretario General: Sr. Leo Wildman.

Miembros: Sres. Peter Friis Olsen, Ernesto Zapata, T. C. Stephens, Cemal Kiper, Gabriel Barrientos Cadavid, Masami Takata, Clément Michel, Patrick Keady, Reinhold Melas, Jack Senety y Raymond Etienne.

### Primera Conferencia Internacional de Actuarios y Estadígrafos de la Seguridad Social

Entre el 3 y 11 de noviembre ha tenido lugar en la ciudad de Bruselas la Primera Conferencia Internacional de Actuarios y Estadígrafos de la Seguridad Social, organizada por la A. I. S. S., con la colaboración de la Oficina Internacional del Trabajo y de la Oficina Nacional de Seguridad Social de Bélgica, con el objeto de reunir los actuarios de to-

## INFORMACIONES SOCIALES

dos los países interesados en la seguridad social y permitirles estudiar los problemas esenciales, desde el punto de vista estadístico-actuarial.

Tres fueron los temas estudiados: a) los aspectos actuariales del seguro de enfermedad-maternidad; b) aplicación en el terreno técnico de la seguridad social de los métodos de sondaje (estudio de muestras); y c) orientación que conviene dar a los trabajos actuariales y definir directivas comunes para la mejor coordinación con los censos generales e investigaciones demográficas, económicas y sociales, tanto en cada nación como en el plano internacional.

### IV CONGRESO DE SEGURO SOCIAL EN LOS PAISES NORDICOS

Entre el 13 y 15 de setiembre último, ha tenido lugar en Oslo el IV Congreso del epígrafe, participando Delegados de Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia, con el fin de intercambiar ideas y experiencias, así como para discutir variados problemas de seguridad social comunes a los 5 países.

Los temas del orden del día fueron los siguientes:

- a) principios para la fijación de las tasas de prestaciones en especie otorgadas por los regímenes de previsión, incluyendo en el caso de una persona con derecho al mismo tiempo a prestaciones por dos o más leyes de seguridad social;
- b) participación de los médicos en los seguros sociales.

Funcionaron cuatro secciones técnicas que se ocuparon de los problemas del seguro de accidentes, seguro de enfermedad, seguro de pensiones y de desempleo, respectivamente, habiendo intervenido más de 300 representantes de administraciones locales, consejos de administración y funcionarios de las instituciones asistentes, así como representantes de las compañías de seguros privados contra accidentes de trabajo.

## CHILE

### Bonificación a los pensionistas del Seguro Social

Por ley 12024 de 9 de mayo pasado, se concede bonificación por una sola vez a los pensionistas de vejez, invalidez, viudez y orfandad del Servicio de Seguro Social y a todos los actuales pensionados de la Caja de Marina Mercante Nacional, de acuerdo a las siguientes normas:

- A).—Los que gozan de pensión de invalidez, vejez o viudez, recibirán 10,000 pesos.
- B).—Cada uno de los huérfanos que perciben rentas de orfandad tendrán derecho a bonificación de 2,000 pesos.

En esa misma ley se establece que las respectivas oficinas del Servicio del Seguro Social y de la Caja de la Marina Mercante Nacional abonarán directa y personalmente a cada uno de los beneficiarios la totalidad de las asignaciones mencionadas; en el caso de los huérfanos cobrarán en su nombre las personas o entidades a cuyo cuidado se encuentren.

## INFORMACIONES SOCIALES

### Elevación de la Asignación Familiar Obrera

Con Decreto N° 363, publicado en el Diario Oficial de 4 de junio de 1956, se ha elevado a partir del 1° de Mayo de 1956, a 46.60 pesos la asignación familiar obrera por día trabajado, fijada por Decreto N° 6831 de 28 de julio de 1955.

### COSTA RICA

#### Nueva lista de enfermedades profesionales indemnizables

Por resolución de 4 de junio de 1956, se han enumerado las enfermedades profesionales que en adelante serán indemnizadas, y que son las siguientes:

a).—Intoxicaciones profesionales causadas por el plomo, mercurio, cobre, arsénico, hidrocarburos, fósforo, sulfato de carbono, tetracloruro de carbono, cloruro de metilo, cloro, etc.

b).—Enfermedades de la piel, eczemas profesionales causadas por el cemento, jabones detergentes para determinados fines de mecánica y platería, blanqueado, fotografía, lavandería y tintorería.

c).—Las neumoconiosis, causadas por el polvo del tabaco, carbón, harina, algodón, cemento, piedra, madera, sustancias calcáreas, sílice y sus componentes.

d).—Las enfermedades profesionales debidas a la acción de agentes físicos tales como rayos, irradiaciones, rayos X, elementos radioactivos, ruidos y sonidos.

e).—Alteraciones o deformaciones orgánicas de carácter profesional, hipersensibilidad causada por los ruidos, artritis de los trabajadores que utilizan instrumentos de percusión, calambres de telegrafistas y conductores, sinovitis crónica.

El dispositivo señala que la enumeración precedente no excluye como enfermedades profesionales a las que sean declaradas como tales por los tribunales de trabajo.

### ECUADOR

#### Préstamos Hipotecarios a Trabajadores

Por Decreto n° 648 de 18 de abril de 1956, se ha dictado un reglamento de préstamos hipotecarios por parte de las empresas en favor de sus trabajadores, no afiliados a la Caja del Seguro.

El reglamento se refiere a las empresas o instituciones patronales que no están obligadas a depositar en la Caja de Seguro las cantidades correspondientes al Fondo de Reserva, (que señala el Código de Trabajo) y en consecuencia quedan facultadas para invertir dichas cantidades en préstamos hipotecarios para sus servidores.

Estas instituciones podrán invertir hasta el 90% del total acumulado en el Fondo de Reserva; el 10% restante se conservaría en efectivo

## INFORMACIONES SOCIALES

para indemnizar a los trabajadores que dejaren de prestar servicios. Los préstamos sólo podrán destinarse a las siguientes finalidades: a) adquisición o construcción de casa-habitación para el servidor que no la tuviere; b) adquisición de finca agrícola para los trabajadores que no la tuvieren; c) reparación, ampliación o mejora de la vivienda del trabajador, de su mujer o la de sus ascendientes y descendientes; y d) cancelación de gravámenes hipotecarios constituidos con fecha anterior al 4 de julio de 1935, y que afecten la casa del trabajador, o de su cónyuge o de sus ascendientes o descendientes.

Se señala que los préstamos hipotecarios devengarán un interés que no excederá del 6% anual. Las cantidades producidas por este concepto serán invertidas por la empresa en beneficio exclusivo de sus trabajadores.

### ESPAÑA

#### Aumento de la Pensión anual del Seguro Escolar

Por orden conjunta de los Ministerios de Educación Nacional y de Trabajo fecha 26 de julio de 1956, se han elevado las prestaciones del seguro escolar por infortunio familiar, modificando en los siguientes términos el artículo respectivo de la Mutualidad del Seguro Escolar:

“La prestación por infortunio familiar comprenderá:

- a) Una pensión anual de 8,400 pesetas durante los años que falten al beneficiario para acabar su carrera. En todo caso éste no podrá rebasar la edad de 28 años.
- b) La entrega al estudiante de 2,000 pesetas por curso para atender al pago de matrícula y compra de libros y material escolar”.

### FRANCIA

#### Modificaciones recientes a la legislación de Seguridad Social

##### a).—Extensión del campo de aplicación.

La ley de 23 de febrero de 1956, prevee que en adelante, los escritores estarán incluidos en el régimen general y las condiciones serán determinadas por un reglamento posterior. Las cotizaciones serán recaudadas por la Caja Nacional Postal, que recibirá las cuotas personales de los interesados.

##### b).—Elevación de pensiones a los trabajadores ancianos asalariados.

La ley de 27 de mayo de 1956, ha mejorado en 10%, a partir del 1º de enero de 1956, el monto de las pensiones a los ancianos asalariados, acordando abonarlas desde los 65 años, ó 60 en caso de incapacidad para el trabajo.

El monto de las rentas se ha fijado en 72,380 francos anuales para beneficiarios de pueblos con más de 5,000 habitantes y en 68,640 francos por año para los beneficiarios de los pueblos que cuentan con menos de 5,000 habitantes.

## INFORMACIONES SOCIALES

Correlativamente el monto máximo de los recursos se ha elevado en 10%.

Por esta disposición se aportará 72,000 francos al año al monto mínimo de las rentas de invalidez y elevará el monto mínimo de las indemnizaciones diarias servidas a título del seguro de enfermedad y maternidad.

### c).—Otogamiento de atenciones, sin limitación de tiempo, a los pensionistas de vejez.

El decreto de 20 de mayo de 1955, modificó ampliamente el régimen del seguro de enfermedad, pues acordó el suministro de atenciones sin límite de duración, exceptuándose las personas de edad muy avanzada para quienes permanecen en vigor las antiguas disposiciones.

Por la ley de 27 de mayo de 1956, se ha prescrito que en adelante los interesados tendrán derecho a las atenciones sin límite de duración, sea cual fuere la naturaleza de su afección. Sin embargo a fin de evitar recargar a la seguridad social los gastos que normalmente pertenecen a la asistencia, se ha previsto que los casos de hospitalización, estén subordinados a control médico.

Finalmente los poseedores de una pensión de vejez podrán sustituirla a los 60 años por una renta de invalidez, gozando de las mismas ventajas sin necesidad del control médico precitado, en caso de hospitalización.

### d).—Mejoramiento de las pensiones y rentas.

El decreto de 10 de abril de 1956 ha mejorado en 8.50%, a partir del 1º de abril de 1956, las pensiones de vejez e invalidez y desde el 1º de marzo del mismo año, las de accidentes del trabajo.

Igualmente, los montos mínimos de las mejoras para terceras personas ascenderá de 214,000 francos a 232,000 francos por año.

## GUATEMALA

### Reunión de Organismos de Seguridad Social de Centro América, México y el Caribe

Con motivo del décimo aniversario de la fundación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, tuvo lugar en la ciudad de Guatemala, entre el 29 y 31 de octubre de 1956, la Reunión del epígrafe, con el propósito de realizar un intercambio de ideas sobre el funcionamiento y desarrollo de los regímenes de seguridad social en cada uno de los países participantes; de fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de los respectivos sistemas, aprovechando la experiencia de cada país en beneficio de la colectividad, y reafirmar las mutuas y cordiales relaciones que existen entre nuestros pueblos.

Asistieron a este importante certamen delegados de los países centroamericanos, México y el Caribe, así como representantes especialmente designados por importantes organismos internacionales.

## INFORMACIONES SOCIALES

Reseñamos a continuación brevemente compendias las más importantes conclusiones de esta Reunión.

I.—Conviene dar prioridad al seguro de enfermedad-maternidad, para mejorar el estado de salud de la población protegida; así como al seguro de accidentes cuya implantación conjunta con el de enfermedad no ofrece mayores dificultades. Deben continuarse los esfuerzos para extender el campo de aplicación de la seguridad social gradual y progresivamente a las zonas rurales que cuenten con gran volumen de masa trabajadora.

II.—La Reunión apoya el sistema de aplicación de la seguridad social por etapas tanto en lo que concierne a las regiones de cada país; como a las categorías de trabajadores y a los riesgos por cubrir.

III.—Debe dar especial atención a la preparación técnica de cada etapa, mediante adecuados estudios estadístico-actuariales, tratando que la experiencia adquirida permita organizar las siguientes con mayores ventajas.

IV.—El pleno éxito de los seguros de enfermedad-maternidad y de riesgos profesionales, en gran parte dependen de las relaciones armoniosas y mutua comprensión entre los organismos gestores y el cuerpo médico.

Las condiciones de los países de esta zona hacen necesaria la organización de servicios propios de medicina social atendidos por médicos funcionarios, que concedan asistencia médica directa a los asegurados, sin distinción económica alguna.

V.—Se estima elemento importante para el desarrollo de los riesgos de enfermedad-maternidad y de riesgos profesionales, el planeamiento hospitalario completo del país, considerando las necesidades médico-asistenciales de la población.

VI.—Para evitar duplicación de esfuerzos, es necesario coordinar las actividades asistenciales de los organismos de seguridad social con los de salud y asistencia pública.

### ITALIA

#### Convenio entre Organismos de Seguridad Social

Con fecha 1º de setiembre ha entrado en vigor el Convenio suscrito por el Instituto del Seguro de Enfermedad y el Instituto Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo, con objeto de definir los casos dudosos de accidentes, de enfermedad profesional y enfermedad común.

En dicho instrumento se exponen las fórmulas a seguirse en los casos de asegurados que sufran cualquiera de estas dolencias, quienes serán remitidos al Instituto que cubra la afección pronosticada. Asimismo se crea una Comisión regional que estudiará el caso si no existe paridad de opiniones entre uno y otro organismo; Esta Comisión estará integrada por un médico del Instituto del Seguro de Enfermedad y otro del Instituto de Accidentes de Trabajo y por un médico nominado de común acuerdo por las partes.

Si esta Comisión regional no resuelve el hecho objeto de discusión, corresponderá el juicio a una Comisión Central, con sede en el Ministe-

## INFORMACIONES SOCIALES

rio de Trabajo y Previsión Social, la que expresará dictamen definitivo para los dos Institutos. Esta Comisión estará integrada por el Jefe de la Inspección Médica del Trabajo, que la presidirá, por los Jefes de los Servicios Sanitarios y Legales de los Institutos, por el Jefe del Servicio Central de Accidentes, el Jefe del Servicio de Seguro del Instituto del Seguro de Enfermedad o sus representantes.

Se contemplan igualmente, diversas disposiciones en orden al pago de gastos administrativos, así como los demás gastos correspondientes a atenciones e indemnizaciones. El Convenio tendrá un año de duración y se entenderá como renovado por un lapso igual, mientras una de las partes contrayentes no lo rechace, por lo menos tres meses antes de su vencimiento.

### ITALIA

#### **Determinación de contribuciones.**

Por cinco años contados a partir de la fecha de entrada en vigor de esta ley, el monto de las contribuciones correspondientes a los seguros sociales obligatorios para todos los sectores de la producción, incluyendo el agrícola, será determinado o modificado anualmente, mediante formas o procedimientos previstos en las respectivas disposiciones legislativas.

Está incluida la determinación o modificación de las cotizaciones para el seguro de enfermedades profesionales, en relación a sus respectivas exigencias.

Cuando el 1º de enero de cada año no se haya fijado para la determinación o modificación de las tasas contributivas, las disposiciones competentes, los empleadores y trabajadores seguirán abonando cotizaciones en los porcentajes señalados por la última disposición dictada; a todos aquellos obligados al pago de contribuciones que nos las hubiesen efectuado, se les ha asignado un plazo de 30 días contados desde la vigencia de esta ley, para la satisfacción de esas deudas.

Para asegurar al Instituto Nacional para la Asistencia de los Huérfanos de los Trabajadores, el funcionamiento adecuado para el cumplimiento de los fines institucionales se dispone que con los medios y contribuciones establecidas actualmente, que serán pagadas por los empleados sujetos al pago en cuestión, que se calculará en 0.20% como máximo sobre las remuneraciones afectas a contribución.

Estos aportes serán recaudados por el Instituto de Previsión Social para el Seguro Obligatorio con las mismas características y modalidades fijadas.

### IRLANDA

#### **Aplicación de la ley de 1953 sobre la sanidad**

Desde el 31 de marzo de 1956 ha entrado en vigencia la nueva ley de sanidad. Los servicios de salud hasta entonces estaban a disposición de las personas que percibían remuneraciones bajas y a los asegurados cubiertos por el régimen de previsión social. Desde ahora los servicios de

## INFORMACIONES SOCIALES

hospitalización y medicina especializada se proporcionan a todos los sujetos y personas a cargo, siempre que los ingresos familiares no excedan de 600 libras al año, a los arrendatarios que explotan tierras avaluadas en menos de 50 libras y a las personas que crean conveniente las autoridades sanitarias y que no están en condiciones de procurarse sin dificultad y por sus propios medios, tales servicios.

Las mujeres pertenecientes a diversas categorías, tienen derecho a servicios gratuitos de maternidad, así como a prestaciones sanitarias para la crianza de sus hijos menores de seis semanas. Se ha calculado que el número total de personas con derecho a recibir los beneficios contemplados, excede de los dos millones.

### NORUEGA

#### **Mejoramiento de algunas prestaciones de seguridad social.**

Por ley de 21 de mayo de 1956 se han dictado algunas enmiendas en la legislación de seguridad social.

Las pensiones de vejez se han elevado de 1,680 a 1,860 coronas por año para los solteros, y de 2,520 a 2,796 para los casados. Las prestaciones abonadas a ciegos e inválidos han sido mejoradas igualmente como las pensiones de vejez.

Las asignaciones para niños han sido elevadas de 240 a 300 coronas por año.

Mediante la ley de 8 de junio de 1956 se ha mejorado las tasas de prestaciones de seguro de vejez en un 5%.

Estas mejoras se aplican también a los regímenes de pensiones de guerra y seguros de accidentes de trabajadores de la industria y marina.

### TURQUIA

#### **Asamblea General del Seguro Obrero**

La Asamblea General del epígrafe se reunió el 12 de junio de 1956 en Ankara, con la participación de los representantes del Estado, empleadores y obreros.

La Asamblea, cuyos trabajos han durado una semana, incluyó en su orden del día, el examen del balance y actividades del Seguro Obrero durante 1955 y la discusión general sobre la política de la seguridad social.

En la apertura de la Asamblea, el Ministro de Trabajo indicó que los seguros se están desarrollando rápidamente en Turquía, que el campo de aplicación se extendía cada vez más y por otra parte las nuevas ramas del seguro se ajustaban con prontitud a las vigentes, mencionó la existencia de un proyecto de ley para crear el seguro de invalidez y muerte.

En líneas generales se ha podido observar que la calidad de los servicios se mejoran en forma continua, y el objetivo del Gobierno es reemplazar el régimen de los seguros sociales por un sistema de seguridad nacional.

## INFORMACIONES SOCIALES

El desarrollo de actividades en 1955 comprueba que se alcanza cada vez más un número mayor de trabajadores. Es así que la gente de mar ha sido ya incorporada al régimen y los establecimientos que ocupan de 4 a 9 obreros también están obligados. El número de trabajadores protegidos que en 1951 era 392,000 se ha elevado en 1955 a 554,000, representando un aumento de 45%. En cuanto a las prestaciones suministradas han ascendido de 11'989,553 libras turcas en 1951, contra 44'016,761 libras turcas en 1955.

En el curso de la Asamblea se ha señalado que la calidad de los servicios del seguro deben ser mejorados y que las condiciones de otorgamiento de prestaciones, deberían ser menos estrictas. Que el Seguro Obrero deberá crear un servicio de higiene y seguridad en el trabajo y contra las enfermedades profesionales. El campo de aplicación de los seguros deberá ser extendido de tal manera que alcance a los millares de obreros que aún no están protegidos. La edad de retiro para los trabajadores mineros, debería ser fijada en 50 años, dada la naturaleza de su trabajo que no les permite desempeñar normalmente hasta la edad de 60 años.

Al final de la discusión el Ministro de Trabajo y el Director General de la Institución, expusieron que los votos formulados por la Asamblea, serán tomados en consideración dentro de las posibilidades actuales.

# Legislación Social Peruana

*Salud Pública y  
Asistencia Social*

## **CAMPAÑA NACIONAL ANTIPALUDICA**

**D. S. 18-9-56**

**"El Peruano" 1-10-56**

Declara que siendo de gran interés nacional erradicar la malaria en el Perú, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social formulará el Programa de Erradicación respectivo, el mismo que se desarrollará con la cooperación de organismos sanitarios internacionales.

## **DECLARACION OBLIGATORIA DEL NACIMIENTO DE PREMATUROS**

**D. S. 1-9-56**

**"El Peruano" 1-10-56**

Establece que es obligatoria la declaración del nacimiento de todo niño prematuro, que ocurra en la República. Esta declaración la efectuará ante la Dirección General de Salud Pública en Lima y ante la autoridad sanitaria correspondiente en las demás localidades, el médico u obstetra en ejercicio de su profesión, el padre o cualquier familiar, a falta de profesional, los administradores de hospitales, clínicas y demás centros asistenciales, en que se hubiere efectuado el nacimiento, dentro de las 24 horas siguientes a éste.

## **CREACION DEL CONSEJO TECNICO DE CONTROL DE PRODUCTOS MEDICINALES**

**D. S. N° 147 "SP" 23-10-56**

**"El Peruano" 26-10-56**

Crea el Consejo del epígrafe que estará presidido por el Director General de Salud Pública e integrado por el Director General de Asistencia Social y Hospitalaria, el Director de Administración, dos Catedráticos de la Facultad de Medicina y uno de la Facultad de Farmacia y por el Jefe de la División de Farmacia quien actuará como secretario. Entre sus fines se señala la vigilancia de los productos medicinales, proponer normas, etc.

## INFORMACIONES SOCIALES

### **CAMPAÑA NACIONAL ANTIRRABICA**

**Ley N° 12663, 2-11-56**

**"El Peruano" 5-11-56**

Declara de necesidad y utilidad públicas, la campaña nacional para el control de la rabia, creando un Comité Nacional para el control de este mal, el que presentará al Gobierno un Plan Técnico Científico y administrativo de la campaña antirrábica que se desarrollará en todo el país.

### **ESTABLECE COMITE INTERMINISTERIAL DE SANIDAD ESCOLAR Y EDUCACION SANITARIA**

**D. S. N° 159 "SP" 9-11-56**

**"El Peruano" 13-11-56**

Crea el Comité del epígrafe al que corresponderá impartir directivas técnicas para el desarrollo del programa de sanidad escolar y educación sanitaria en los planteles del país y adopta las medidas necesarias para obtener la más estrecha cooperación de maestros, alumnos y padres de familia en defensa de la salud del escolar.

### **APRUEBA REGLAMENTO DE TURNO DE FARMACIAS**

**R. S. 28-11-56**

**"El Peruano" 5-12-56**

Resuelve aprobar el nuevo Reglamento de Turno de Boticas y Farmacias formulado por la Inspección de Farmacia, y compuesto de 19 artículos.

*Trabajo y Asuntos  
Indigenas*

### **RATIFICA AUMENTOS A SERVIDORES DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL**

**D. S. 9-10-56**

**"El Peruano" 10-10-56**

Decreta que los aumentos concedidos con carácter general por la Caja Nacional de Seguro Social, por acuerdo del Directorio de 28 de Marzo de 1956, forman parte del aumento otorgado a los empleados públicos por D. S. de 30 de abril último.

### **NOMBRA COMISION ESPECIAL SOBRE INDUSTRIA TEXTIL**

**D. S. 26-10-56**

**"El Peruano" 29-10-56**

Establece que la Comisión especial que crea la ley 12663, estará integrada por dos representantes del Supremo Gobierno, dos del Comité

## INFORMACIONES SOCIALES

textil de la Sociedad Nacional de Industrias y dos de la Federación de Trabajadores en Tejidos del Perú. Esta Comisión estudiará la actual crisis de la industria textil, precisando los factores que impiden el libre desarrollo y la productividad.

### **SE CREA JUNTA COORDINADORA DE ESTADISTICA DE TRABAJO Y COSTO DE VIDA**

**R. S. 6-11-56**

**"El Peruano" 7-11-56**

Crea la Junta del rubro que será integrada por funcionarios del Servicio Cooperativo del Empleo, de la Dirección General de Trabajo, Dirección Nacional de Estadística, Caja Nacional de Seguro Social y Seguro Social del Empleado. Corresponderá a la Junta coordinar los programas de estadística del trabajo, establecer normas y métodos, y un programa para la realización y publicación de estadística del empleo, salario, horas de trabajo, huelgas, etc., así como estructurar un índice de costo de vida nacional, revisando el que existe para Lima y establecer los correspondientes en las ciudades o regiones donde fuera necesario.

*Hacienda y Comercio*

### **LIBERA DE DERECHOS LOS EQUIPOS E INSTRUMENTAL MEDICO**

**D. S. 17-10-56**

**"El Peruano" 22-10-56**

Declara que desde la fecha de este dispositivo, serán liberados de pago de derechos aduaneros, consulares y adicionales, excepto el impuesto creado por ley 5604 (6% para la Facultad de Medicina) las máquinas y equipos científicos, sus repuestos y accesorios y en general el material e instrumental médico-quirúrgico, destinado al tratamiento o asistencia hospitalaria y que sea internado para uso exclusivo de clínicas, hospitales o centros asistenciales del país.

### **CREACION DEL FONDO DE DESARROLLO ECONOMICO**

**Ley 12676, 11-12-56**

**"El Peruano" 14-12-56**

Créase el Fondo Nacional de Desarrollo Económico, cuya finalidad será constituir e invertir sistemáticamente los recursos necesarios para el estudio y ejecución de obras públicas de carácter reproductivo e interés social en cada uno de los Departamentos del Perú.

# Biblioteca de la Caja Nacional de Seguro Social

## PUBLICACIONES RECIBIDAS DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE DE 1956

### 1) ORGANISMOS INTERNACIONALES

#### a) Naciones Unidas.

- Economic and Social Council.—Narcotic Drugs. E/NS. 1956 Summary 5.—E/NS. 1956 Summary 8.
- Laws and Regulations: Argentina (E/NL. 1956/103, — Guatemala (E/NL. 1956/62).
- Estudio Económico de América Latina. E/CN. 12/421/rev. 1955.
- Revista Internacional de Servicio Social. N° 1, 1956.

#### b) Organización Internacional del Trabajo.

- Trabajo forzoso. Informe IV (1), 40a. Reunión, 1957.
- Descanso semanal en el comercio y en las oficinas. Informe V (1), 40a. Reunión, 1957.
- Protección e integración de las poblaciones indígenas y de otras poblaciones tribuales y semitribuales en los países independientes. Informe VI (1), 40a. Reunión, 1957.
- Serie Legislativa. may.-jun. 1956.
- Social aspects of European economic co-operation. Nueva Serie N° 46, 1956.
- Boletín Oficial. N° 2, 1956.
- Informaciones Sociales. Vol. XVI, N° 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 1956.
- Noticias de la O.I.T. N° 37, 1956.
- Revista Internacional del Trabajo. Vol. LIV, N° 2, 3, 4, 5, 1956.
- Suplemento Estadístico. Vol. LIV, N° 2, 3, 4, 5, 1956.
- Seguridad e Higiene en el Trabajo. N° 3, 1956.

#### c) Organización Mundial de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana.

- Boletín de la O.S.P. Vo. XLI, N° 1, 2, 3, 1956.
- Crónica de la O.M.S. N° 7, 1956.
- Noticiero de la O.M.S. N° 9-10, 11-12, 1956.

## INFORMACIONES SOCIALES

### d) Asociación Internacional de la Seguridad Social.

Consejo. AISS/S/74 Miembros de la Mesa Directiva de la A.I.S.S. oct. 1956.

Estudios. El financiamiento del seguro de enfermedad. Guatemala 1956.

Estudios de las Instituciones Miembros. 123 en 50 Países, ago. 1956.

List of Recent Social Security Legislation. jul. 1956.

Bulletin de l'Association Internationale de la Sécurité Sociales. N° 8, 9-10, 1956.

### e) Organización de los Estados Americanos.

Ciencias Sociales. N° 38, 1956.

### f) Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

Curso de cooperación técnica actuarial. 1956.

Curso de racionalización y mecanización de servicios administrativos de seguridad social. 1956.

Diccionario de términos legales en lengua española sobre seguridad social. 1956.

Programas para la enseñanza de la seguridad social. 1956.

Acción de la Seguridad Social Iberoamericana. N° 1956.

Legislación comparada de los seguros sociales en América Latina. CISS, 1956.

## 2) LIBROS Y FOLLETOS

Departamento Administrativo Nacional de Estadística:

a) Censo de población, 1951. Nariño, Bogotá, 1956.

b) Muestra agrícola nacional. Bogotá, 1956.

Caja oStarricense de Seguro Social: Beneficios del seguro de Invalidez, vejez y muerte. San José, 1956.

Instrucciones sobre el seguro familiar. San José, 1953.

Ley N° 11.219 Previsión de empleados municipales. Santiago de Chile, 1953.

Junta Nacional de Planificación y Coordinación Económica. Azuay y Cañar. Quito, 1956.

Martínez Amador, Emilio M. Diccionario Francés-Español y Español-Francés. Barcelona, 1953.

Oficina Central de Informaciones:

a) Chipre. La campaña de terrorismo de la EOKA. Londres, 1956.

b) Chipre. La verdad de los hechos. Londres, 1956.

c) Tracey, Herbert  
Soy sindicalista. Londres, 1952.

d) Tracey, Herbert  
Obreros y patronos. Londres, 1954.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Reunión de Organismos de Seguridad Social de Centro América, México y El Caribe. Guatemala, 1956.

## INFORMACIONES SOCIALES

- a) Arce Gómez, Antonio  
Bosquejos de las actividades desarrolladas por el Instituto Mexicano del Seguro Social en doce años de labores.
  - b) Desarrollo y proyecciones del régimen guatemalteco de seguridad social.
  - c) Enni, Ellsworth  
El problema de la seguridad social en el estado libre asociado de Puerto Rico.
  - d) Fernández Pla, Francisco  
Panorama del seguro social en Cuba.
  - e) Ferrer, Manuel  
El seguro de enfermedad de Panamá.
  - f) Instituto Salvadoreño de Seguro Social  
Importancia socio-económica de seguridad social en América Central.
  - g) Instituto Salvadoreño de Seguro Social  
El seguro de enfermedad en El Salvador.
  - h) Lista de participantes en la Reunión de Organismos de Seguridad Social...
  - i) Raggi, Carlos M. Importancia socio-económica de la seguridad social.
  - j) Rodríguez S., Felipe. Desarrollo del Instituto Nacional de Seguridad Social de Nicaragua.
  - k) Sam, Andre. El Instituto de Seguros Sociales de Haití y el mejoramiento socio-económico de las clases trabajadoras.
  - l) Seguro de enfermedad.
  - m) Thullen, Peter: Aspectos financieros y estadísticos del seguro de enfermedad.
- Seminario de Integración Social Guatemalteca:
- a) Adams, Richard N. : Encuesta sobre la cultura de los ladinos en Guatemala. 1956.
  - b) Ewald, Robert H. : Bibliografía comentada sobre antropología social, 1900-1955-1956.
- Carbonell, S.  
Dizionario fraseologico complejo Italiano-Spagnolo. Milano, 1950.
- García Cruz, Miguel  
La seguridad social — bases, evoluciones, importancia económica, social y política. México, 1956.
- Huerta Maldonado, Miguel  
Manual de geomédica mexicana. México, 1955.  
El seguro social campesino — su trascendencia y su significación. México, 1955.  
Temas de geometría — La distribución de los médicos en la República. México, 1955.
- Instituto Mexicano del Seguro Social:
- a) Decreto de implantación del régimen del Seguro Social en los Estados de Baja California, Sonora y Sinaloa y Reglamento que establece las modalidades de ese régimen para los trabajadores del campo. 1954.
  - b) Ley del Seguro Social. 1956.

## INFORMACIONES SOCIALES

- c) Normas nacionales para la integración de los números de registro de patronos y de asegurados, en todo el sistema y según característica de significación individual, y por calidades y circunscripciones territoriales municipales. 1955.
- d) Reglamento de la Ley del Seguro Social en lo relativo a la afiliación de patronos y trabajadores. 1956.
- e) Reglamento para el pago de cuotas y contribuciones del régimen del seguro social instructivo para el pago de cuotas obrero patronales. Instrucciones para formular las hojas complementarias y las cédulas de liquidación. 1956.

Ccorao, la comunidad rebelde. Lima, 1956.

Estos niños serán hombres. Lima, 1956.

Mejía Scarneo, Julio

Manual de cooperativas. Lima, 1956.

Ramírez Otárola, Jorge

Anteproyecto de seguro social del empleado. Lima, 1943.

Sociedad Nacional de Industrias.

Proyecto de ley general de industrias presentado a las Cámaras Legislativas por el Poder Ejecutivo en octubre de 1956. Lima, 1956.

Dirección de Estadística y Censo.

Censos nacionales de 1950. Vol. III. Panamá, 1954.

Proyecciones de dos Eras. Ciudad Trujillo, 1956.

### 3) PUBLICACIONES PERIODICAS NACIONALES

Academia Peruana de Cirugía. Nº 3, 4, 5, 1956.

Actualidad Económica. Nº 102, 103, 104, 1956.

Agronomía. Nº 86, 1956.

Anales de la Facultad de Medicina. Nº 2, 1956.

Boletín Bibliográfico. (Biblioteca Central del Ministerio de Trabajo).  
 Nº 6, 7, 8, 1956.

Boletín de Aduanas del Perú. Nº 400, 401, 402, 1956.

Boletín de la Biblioteca Nacional. Nº 16, 1953.

Boletín de la Caja de Depósitos y Consignaciones. Nº 595, 596, 597, 598,  
 1956.

Boletín de la Compañía Administradora del Guano. Nº 7, 8, 1956.

Boletín de la División de Enfermedades Transmisibles. Nº 1, 1956.

Boletín de la Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa. Nº 4, 1956.

Boletín de la Sociedad Nacional Agraria. Nº 243, 244, 245, 1956.

Boletín de la Sociedad Nacional de Minería y Petróleo. Nº 50, 51, 1956.

Boletín de la Universidad Nacional de Ingeniería. abr.-may.-jun., 1956.

Boletín del Banco Central de Reserva del Perú. Nº 297, 298, 299, 1956.

Boletín del Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas. Nº 1, 1956.

Boletín de Noticias "Bis". (Publicado por la Embajada Británica) oct.,  
 nov., 1956.

Boletín Municipal. Concejo Provincial de Lima. Nº 1625, 1956.

Caja Nacional de Seguro Social. Memoria, 1956.

Cámara de Comercio de Lima. Boletín Mensual. Nº 326, 327, 328, 1956.

Cámara de Comercio de Lima. Boletín Semanal. Nº 396, 397, 398, 399,  
 400, 401, 402, 403, 404, 1956.

## INFORMACIONES SOCIALES

- Corporación de Comerciantes del Perú.** N° 55, 1956.  
**Costo de Vida.** set., oct. 1956.  
**Crónica Parlamentaria.** N° 1, 2, 3, 1956.  
**Fraterna.** N° 19, 1956.  
**Industria Peruana.** N° 290, 291, 1956.  
**Informaciones Sociales.** C.N.S.S. N° 3, 1956.  
**Informaciones y Memorias.** (Sociedad de Ingenieros) N° 4, 5, 6, 7, 1956.  
**Informativo Agropecuario.** (Ministerio de Agricultura) agot., set., etc., 1956.  
**Noticias de Petróleo.** N° 95, 96, 97, 1956.  
**La Opinión Popular.** La Oroya, oct., nov., dic., 1956.  
**Peruvian Times.** N° 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 1956.  
**Revista de Jurisprudencia Peruana.** N° 151, 152, 153, 1956.  
**Revista de la Sanidad de Policía.** N° 95, 1956.  
**Revista del Hospital del Niño.** N° 67, 1956.  
**Revista de Medicina Experimental.** N° 1, 1956.  
**Revista de Neuro-Psiquiatría.** N° 2, 1956.  
**Revista Médica del Hospital Obrero.** N° 1, 2, 1956.  
**Revista Peruana de Obstetricia.** N° 3, 1956.  
**Revista Peruana de Salud Pública.** N° 1, 1956.  
**Revista Universitaria.** Universidad Nacional de Trujillo. N° 7, 8, 1956.  
**SCIPA.** N° 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 1956.  
**Síntesis Semanal.** Informativo de la Corporación de Comerciantes del Perú. N° 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 1956.  
**Unicef para América Latina.** jul.-dic., 1956.

### 4) PUBLICACIONES PERIODICAS EXTRANJERAS

- ARGENTINA.—Boletín de Biblioteca.** Ministerio de Trabajo y Previsión. N° 2, 3, 4, 5, 1956.  
**Boletín del Instituto Nacional de Previsión Social.** N° 1, 2, 1956.  
**Boletín Quincenal.** N° 9, 10, 11, 12, 13, 1956.  
**La Ley.** set., oct., nov., 1956.  
**Noticioso.** N° 4, 5, 1956.  
**Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales.** N° 47, 1956.  
**Seguros.** N° 37, 38, 1956.  
**AUSTRIA.—Soziale Sicherheit.** N° 8, 9, 10, 1956.  
**BELGICA.—Archiva Medica.** N° 4, 5, 1956.  
**La Mutualité Professionnelle.** N° 4, 1946.  
**Société Belge d'Etudes et d'Expansion.** N° 165, 166, 167, 168, 1955; 169, 170, 171, 172, 1956.  
**BRASIL.—Boletín do Ministerio do Trabalho, Industria e Comercio.** N° 2, 3, 4, 1955.  
**Boletín Mensal do Banco do Brasil.** Comercio Internacional. N° 3, 5, 1955; 6, 7, 12, 1, 1956.  
**Conjuntura Económica.** N° 8, 9, 11, 1956.  
**Revista Brasileira de Economía.** N° 1, 1956.  
**CANADA.—Health Welfare.** set., oct., 1956.  
**L'Information médicale et Paramédicale.** N° 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 1956.

## INFORMACIONES SOCIALES

- Occupational Health Bulletin. N° 6, 7, 9, 12, 1956.  
 Occupational Health Review. N° 1, 2, 1956.  
 COLOMBIA.—Boletín de la Cámara de Comercio de Bogotá. N° 887, 889, 892, 893, 894, 897, 898, 899, 900, 1956.  
 Boletín Mensual de Estadística. N° 66, 67, 68, 1956.  
 Universidad Pontificia Bolivariana. N° 75, 1956.  
 COSTA RICA.—Estadística de Salarios. 1954, 1955.  
 Informe Estadístico de la Caja de Seguro Social. 1955.  
 Revista de Agricultura. N° 10, 1956.  
 Suelo Tico. N° 36, 1956.  
 CUBA.—Arquitectura. N° 276, 277, 1956.  
 Carta Pública Quincenal. N° 29, 1956.  
 Comercio Exterior. 1953-1954.  
 Exportación. N° 1, 2, 1956.  
 Importación. N° 1, 1956.  
 Vida Universitaria. N° 70-71, 72, 73, 1956.  
 CHILE.—Boletín del Banco Central. N° 341, 342, 343, 1956.  
 Boletín del Servicio de Seguro Social. N° 18, 19, 1956.  
 Panorama Económico. N° 153, 154, 156, 1956.  
 ECUADOR.—Banco Central. Memoria, 1955.  
 Boletín del Banco Central. N° 342-343, 344-345, 1956.  
 Junta Nacional de Planificación y Coordinación Económica. Informe anual, 1955-56.  
 Seguridad Social. N° 117, 1955; 118, 1956.  
 EL SALVADOR.—El Café de El Salvador. N° 288-89, 1955; 290-91, 292-93, 294-95, 1956.  
 ESPAÑA.—Boletín de Divulgación Social. N° 118, 121, 1956.  
 Complicación de disposiciones vigentes sobre Seguros Sociales. Sup. N° 16, 17, 1956.  
 Confederación Nacional de Entidades de Previsión Social. Memoria, 1955.  
 Cuadernos de Política Social. N° 29, 30, 1956.  
 Cuadernos Hispano Americanos. N° 80, 1956.  
 Estudios Americanos. N° 55, 1956.  
 Informaciones de la Seguridad Social en España. N° 4, 5, 6, 8-9, 10, 11, 12, 13, 14, 1956.  
 Pensamiento. N° 46, 47, 1956.  
 Revista de Economía Política. N° 1, 1956.  
 Revista de la Escuela Social de Oviedo. N° 12, 1955.  
 Revista de Trabajo. N° 5, 6, 1956.  
 Revista Iberoamericana de Seguridad Social. N° 2, 1956.  
 ESTADOS UNIDOS.—América Clínica. N° 2, 4, 1956.  
 American Economic Security. N° 5, 1956.  
 American Public Welfare Association. Letter to Members. N° 10, 1956.  
 APWA. Public Welfare. N° 1, 2, 4, 1956.  
 APWA. Report. (From Regional Conference). N° 4, 5, 6, 1956.  
 Export Import Bank of Washington. N° 386 a 403, 1956.  
 Export Import Bank of Washington. (Semiannual Report to Congress) Jan-Jun., 1956.  
 Life. 17 dic. 1956.  
 Life Insurance. New Data. ago., set., oct., 1956.

**INFORMACIONES SOCIALES**

- Money Matters.** set., oct., 1956.  
**The Monthly Review.** N° 9, 10, 11, 12, 1956.  
**Public Health Reports.** N° 9, 10, 11, 1956.  
**Quarterly.** N° 4, 1956.  
**Servicios Públicos.** set.-oct., nov.-dic., 1956.  
**Social Security Bulletin.** N° 9, 10, 1956.  
**Think.** N° 7, 1956.  
**The Wall Street Journal.** N° 79, 1956.  
**World Medical Journal.** N° 6, 1956.  
**FRANCIA.—Bulletin d'Information de la Mutualité Agricole.** N° 54, 56, 57, 1956.  
**Bulletin du Service Social des Organismes de Sécurité Sociale.** N° 28, 1956.  
**Guide du Correspondant de Caisses de Sécurité Social.** N° 7-8, 9, 10, 1956.  
**Informations Sociales.** N° 8, 9, 10, 1956.  
**Revue de la Mutualité.** N° 3, 1956.  
**Revue de la Sécurité Social.** N° 71, 72, 73, 74, 1956.  
**GRAN BRETAÑA.—British Book News.** N° 185 a 195, 1956.  
**The Economist.** N° 5898 a 5809, 1956.  
**Government Publications.** jun., jul., ago., 1956.  
**Rehabilitation.** N° 17, 18, 1956.  
**Social Work.** N° 4, 1956.  
**GUATEMALA.—Boletín Mensual de Estadística.** N° 27, 28, 29, 30, 1956.  
**Gaceta de los Tribunales.** N° 1-6, 1956.  
**HONDURAS.—La Gaceta.** N° 16, 17, 18, 20, 21, 22, 30, ago., 6, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 1956.  
**ITALIA.—Archivio di Medicina Mutualistica.** I, II, 1956.  
**Assistenza d'Oggi.** N° 3, 1956.  
**Bollettino di Studi Sociali.** N° 4-5, 1956.  
**Bollettino Ufficiale.** N° 4-6, 1956. Sup. Straordinario N° 2, 3.  
**Previdenza Sociale.** N° 2, 3, 1956.  
**La Previdenza Sociale nell'Agricoltura.** N° 3, 1956.  
**I Problemi del Servizio Sociale.** N° 3, 4, 1956.  
**Rassegna del Lavoro.** N° 1, 2, 3, 4, 5-6, 7, 1956.  
**Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali.** N° 3-4, 1956.  
**LUXEMBURGO.—L'Assurance Maladie.** 1955.  
**MEXICO.—Acción Indigenista.** N° 34, 35, 1956.  
**Boletín del Instituto de Derecho Comparado.** N° 26, 1956.  
**Boletín Indigenista.** N° 2, 3, 1956.  
**Cuaderno.** N° 3, 4, 5, 1954; 7, 8, 9, 10, 1955; 11, 12, 13, 1956.  
**Informaciones Sociales.** N° 1, 2, 3, 4, 5, 1954; 6, 8, 9, 10, 1955; 11, 13, 1956.  
**Revista Mexicana del Trabajo.** N° 1-2, 3-4, 5-6, 9-10, 11-12, 1954; 1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 9-10, 11-12, 1955; 1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 9-10, 1956.  
**Revista Mexicana de Seguridad Social.** La seguridad social en el campo. 1956.  
**Salubridad e Higiene.** N° 111-112-113-114, 1956.  
**NICARAGUA.—Boletín Organo de la Cámara Nacional de Comercio e Industrias de Managua.** N° 215, 1956.

## INFORMACIONES SOCIALES

PANAMA.—Caja de Seguro Social. Informe presentado por el Gerente de la Caja. oct., 1956.

Estadística Panameña. N° 2, 1956.

PARAGUAY.—Cartilla Agropecuaria. N° 210-211, 1956.

Revista del Instituto de Previsión Social. N° 4, 1956.

PUERTO RICO.—Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico. N° 7, 8, 1956.

REPUBLICA DOMINICANA.—Agricultura. N° 210-211, 1956.

Comercio Exterior. N° 3, 4, 5, 6, 1956.

Estadística Bancaria. 1955.

Estadística de los Negocios de Seguros. 1955.

Estadística de los Accidentes de Tránsito Terrestre. N° 20, 1955.

Previsión Social. N° 8, 1956.

Registro Público. vol. XX, 1955.

Seguridad Social. N° 50, 1956.

URUGUAY.—Banco de la República Oriental del Uruguay. Sup. Estadístico de la Revista Economía N° 146, 147, 1956.

Boletín Censo y Estadística. N° 631-632, 1956.

Revista del Banco de la República Oriental del Uruguay. N° 57, 1956.

Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración de la Universidad de la República. N° 9, 1956.

VENEZUELA.—Anuario Estadístico del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. 1956.

Archivos Venezolanos de Nutrición. N° 2, 1955.

Banco Central, Boletín Interno. N° 149, 150, 151, 1956.

Boletín de la Cámara de Comercio de Caracas. N° 513, 514, 1956.

Boletín del Banco Central de Venezuela. N° 131-133, 1956.

Educación. N° 82, 83, 1956.

Notas Estadísticas. N° 76, 1956.

Revista del Trabajo. N° 23, 1956.

Revista de Sanidad y Asistencia Social. N° 3-4, 1956.

Revista Nacional de Cultura. N° 116, 1956.

# LEYES DECRETOS Y RESOLUCIONES

## CREACION DEL FONDO NACIONAL DE DESARROLLO ECONOMICO LEY N° 12676

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

Por Cuanto:

El Congreso ha dado la ley siguiente:

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA PERUANA.

Ha dado la ley siguiente:

### I

#### CONSTITUCION Y OBJETO DEL FONDO NACIONAL DE DESARROLLO ECONOMICO

**Artículo 1°**—Créase “El Fondo Nacional de Desarrollo Económico”, cuya constitución y aplicación se regirán por la presente ley, complementaria de la Ley Orgánica del Presupuesto General de la República N° 4598.

**Artículo 2°**—Es objeto del Fondo Nacional de Desarrollo Económico, constituir e invertir sistemáticamente los recursos necesarios para el estudio y ejecución de obras públicas de carácter reproductivo y las de interés social, en el territorio de cada uno de los Departamentos de la República.

**Artículo 3°**—Para los efectos de esta Ley, se consideran obras públicas de carácter reproductivo o de interés social las que, por su naturaleza o finalidad, determinan el desarrollo económico local o regional, o contribuyan al mejoramiento de los niveles de vida de la población, tales como:

a) La construcción o mejoramiento de vías de comunicación interdistritales, interprovinciales e interdepartamentales de carácter vecinal, de preferencia a través de zonas demográficas o económicamente importantes;

b) La construcción o mejoramiento de sistemas de regadío, las obras de saneamiento o avenamiento, las de defensa ribereña y todas aquellas otras que tiendan a un mejor aprovechamiento de las aguas de cualquier origen y a la conservación y mejoramiento de tierras agrícolas, siempre y cuando se trate de obras de mediana o pequeña envergadura que no estén comprendidas dentro del Plan Nacional de Irrigación del Ministerio de Fomento y Obras Públicas, y sean de beneficio colectivo de pequeños y medianos agricultores;

c) La dotación de agua potable, instalación de redes de desagüe, pavimentación y establecimiento de servicios públicos complementarios para el saneamiento de centros poblados, así como la construcción de mercados de abastos, de preferencia, en capitales de circunscripción;

## INFORMACIONES SOCIALES

d) La adquisición e instalación de plantas de provisión de energía eléctrica, de preferencia para centros poblados con posibilidad de utilizarla en fines industriales;

e) La construcción y establecimiento de postas sanitarias y otros servicios para la defensa de la salud pública;

f) La formación de zonas de expansión urbana y de nuevos centros poblados, de preferencia en áreas de colonización, irrigación o des-  
envolvimiento industrial;

g) El incremento de los recursos de fomento agropecuario; y

h) Otras obras de análoga naturaleza.

**Artículo 4º**—Los propietarios de los inmuebles que resulten directamente beneficiados con las obras públicas que se realicen de acuerdo con el artículo anterior, abonarán el derecho de mejoras, en la forma y proporción que, en cada caso, fije el Poder Ejecutivo a propuesta de la respectiva Junta Departamental.

El 75% del producto recaudado por este concepto incrementará la asignación anual del Departamento en cuyo territorio se haya efectuado la inversión. El saldo pasará a formar parte de los recursos del Fondo.

Tratándose de obras para servicios públicos los usuarios abonarán las retribuciones correspondientes, de acuerdo con las tarifas que apruebe el Poder Ejecutivo.

**Artículo 5º**—Las obras ejecutadas conforme a esta ley, para el establecimiento de servicios públicos, serán transferidas, para su administración, a las entidades públicas pertinentes, o a empresas privadas previa licitación pública, en la forma y condición que señale el reglamento.

## II

RENTAS, RECURSOS Y DISTRIBUCIÓN DEL FONDO NACIONAL  
DE DESARROLLO ECONOMICO

**Artículo 6º**—Son entradas o recursos del Fondo Nacional de Desarrollo Económico:

1).—Las rentas provenientes de las leyes especiales que ordenan la ejecución de obras públicas que, por su naturaleza o finalidad, sean análogas a las indicadas en el artículo 3º, con las excepciones que establece el artículo 29º;

2).—Los saldos disponibles al 31 de diciembre de 1956, de las rentas producidas por las leyes tributarias a que se refiere el inciso a) del artículo 20º;

3).—Las rentas provenientes de las siguientes leyes tributarias hasta por el monto que, en cada caso, estuviere libre de afectación específica a determinado gasto, inversión, servicio o amortización de operaciones de crédito:

a) La renta proveniente del impuesto Pro-Desocupados (Leyes Nos. 7103, 7540, 11243 y 11833);

b) La renta proveniente de los impuestos a la Gasolina (Leyes Nos. 5867, 7321 y 8265); y

c) El 25% de la renta que constituye el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, conforme a las Leyes Nos. 11672 y 12078;

## INFORMACIONES SOCIALES

4).—El 10% del rendimiento de los derechos aduaneros de importación y adicionales (Leyes Nos. 11048 y 11424);

5).—El 10% del rendimiento de los derechos aduaneros de exportación (Leyes Nos. 10797, 2727 (Art. 14°), 10398, 2727 (Art. 5°), 6166, 8019, 9466, 11600, 12537 (Art. 50°), 9485, 8527, 11780, (Art. 98°), 9506 y 10545);

6).—Los saldos de las cuentas de depósitos judiciales y administrativos en favor de terceros, constituidos en la Caja de Depósitos y Consignaciones, Oficina Matriz, y otras entidades, relativas a consignaciones con más de tres años de antigüedad, con mandato ejecutoriado de devolución y que no hayan sido retirados por los interesados;

7).—Los fondos provenientes de lo dispuesto en el artículo 33°;

8).—El reembolso de la parte de la inversión fiscal a que se refiere el artículo 4°; y

9).—Los intereses que devenguen los depósitos a que se refiere el artículo 7°.

**Artículo 7°**—Las rentas constitutivas del Fondo Nacional de Desarrollo Económico serán depositadas, en el plazo de 48 horas, al mejor tipo de interés, a la orden del Consejo Superior, en el Banco o Bancos Estatales que el Consejo señale.

Los recursos extraordinarios provenientes de operaciones de crédito celebrados en virtud de esta ley serán depositados igualmente en instituciones de crédito del Estado, en la moneda que más convenga, a juicio del Consejo Superior.

**Artículo 8°**—Las obras públicas a que se refiere el numeral 1) del artículo 6° serán incluidas en el respectivo plan del Departamento indicado en la ley que crea la renta especial correspondiente; renta que formará parte de la asignación departamental a que se refiere el artículo 10°. Ejecutadas las obras públicas en cuestión, las rentas pertinentes quedarán como recursos permanentes del Fondo Nacional de Desarrollo Económico.

**Artículo 9°**—Con la debida especificación y el estimado correspondiente bajo el rubro “Fondo Nacional de Desarrollo Económico”, constituirán una cuenta Especial del Título I. —Ingresos— de la Ley Anual de Presupuesto General de la República, las partidas sustentadas en las leyes tributarias que den origen a las entradas públicas pertinentes a que se refieren los artículos 6°, 8° y 20° y las disposiciones concordantes.

Asimismo, en el Título II —Egresos— de la mencionada Ley de Presupuesto, como cuenta Especial del Pliego de Fomento y Obras Públicas, bajo el rubro “Plan Nacional de Inversiones Departamentales”, figurarán por sus respectivos montos y con la especificación del caso, las partidas correspondientes a los planes departamentales a que se refiere el artículo 15° y la que establece la segunda parte del artículo 16°.

**Artículo 10°**—Como regla general los recursos del Fondo Nacional de Desarrollo Económico serán distribuidos en proporción al número de habitantes de cada Departamento, conforme a la respectiva cifra de población estimada por la Dirección Nacional de Estadística, a base de la última cifra censal, al 30 de junio del respectivo año fiscal, previa deducción del 2% como “cuota territorial”, para cada Departamento.

## INFORMACIONES SOCIALES

Para tales efectos, considerárase que la población de ningún Departamento podrá exceder del doble del promedio departamental.

**Artículo 11°**—La aplicación de las normas del artículo 10° se sujetarán al siguiente procedimiento:

- a) Del mismo estimado total de las referidas rentas se asignará la mencionada cuota territorial de 2% para cada Departamento;
- b) La cantidad que resulte después de efectuada la deducción y asignaciones indicadas, se dividirá entre las cifras de población estimada del país, con la limitación establecida en el artículo 10° cuyo cociente determinará la “cuota anual por habitante”;
- c) El monto de dicha “cuota por habitante” se multiplicará por la cifra de población correspondiente a cada Departamento, cuyo producto determinará la “cuota demográfica departamental”;
- d) La suma de la cuota territorial y de la cuota demográfica constituye la “asignación departamental”.

**Artículo 12°**—Para la formación y distribución de las rentas del Fondo Nacional de Desarrollo Económico, considerárase “año base” el de 1957. A tales efectos, el estimado total de la “Cuenta Especial” a que se refiere el artículo 9° para ese año servirá de referencia. En el futuro, las rentas integrantes de esa cuenta deberán ser incrementadas anualmente en función del crecimiento vegetativo de las entradas públicas, a fin de que la cuota anual por habitante sea necesariamente mayor a la del “año base”.

**Artículo 13°**—La parte de una asignación Departamental del Fondo Nacional de Desarrollo Económico, que por cualquier causa no se hubiere invertido dentro del respectivo año fiscal, será aplicada necesariamente para bonificar o incrementar la misma asignación departamental correspondiente al próximo año fiscal.

**Artículo 14°**—Cuando por razones de interés nacional a juicio del Consejo Superior del Fondo Nacional de Desarrollo Económico, sea indispensable ampliar o elevar el monto total del presupuesto del Plan Nacional de Inversiones Departamentales, los ingresos ordinarios del Fondo podrán ser incrementados en cualquier momento, mediante recursos extraordinarios, inclusive operaciones de crédito.

## III

## PLAN NACIONAL DE INVERSIONES DEPARTAMENTALES

**Artículo 15°**—Los Planes departamentales de obras públicas serán elaborados por las respectivas Juntas Departamentales de Obras Públicas, con sentido de planificación, a base de los estudios y proyectos que preparen sus oficinas técnicas y de los que, a su solicitud, formulen reparticiones ministeriales, corporaciones públicas y entidades o personas particulares.

En los planes departamentales se determinará la prioridad que se asigne a cada proyecto, dándose preferencia a las obras por su productividad. Los proyectos comprenderán en todo caso planos completos, memorias descriptivas, valorizaciones, estudios técnicos y económicos, presupuestos, etc., con la amplitud y detalle que requiera la importancia de la obra proyectada.

## INFORMACIONES SOCIALES

Los Planes serán sometidos al Ministerio de Fomento y Obras Públicas para su aprobación en el aspecto técnico y en seguida, al Consejo Superior del Fondo para la formulación del Plan Nacional de Inversiones Departamentales.

Tratándose de obras de interés regional o de varios Departamentos, las Juntas Departamentales correspondientes acordarán lo pertinente para la elaboración de los Planes, formulación y aprobación de los estudios y proyectos y la forma de ejecución y pago, sometiéndolos según lo establecido al Ministerio de Fomento y Obras Públicas y al Consejo Superior del Fondo.

**Artículo 16°**—El Ministerio de Fomento y Obras Públicas aprobará, y observará los proyectos que le sometan las Juntas Departamentales conforme a lo dispuesto en el artículo anterior, en el plazo máximo de 60 días de recibidos, salvo que el Consejo Superior del Fondo, prorrogase el plazo hasta un máximo de 90 días atendiendo a la naturaleza del proyecto. De no ser observado un proyecto dentro de los plazos mencionados, se considerará aprobado, debiendo elevarse de inmediato al Consejo Superior del Fondo. En caso de observaciones, éstas deberán ser absueltas por las Juntas Departamentales con la justificación técnica y económica que corresponda; elevándose el proyecto al Consejo Superior, con el informe del Ministerio mencionado, el cual podrá solicitarlo también a otros Ministerios que deberán pronunciarse dentro del término máximo de 30 días. Vencido este plazo el proyecto se considerará aprobado.

**Artículo 17°**—Las Juntas Departamentales de Obras Públicas podrán crear Oficinas Técnicas para el estudio y ejecución de las obras que constituyan los respectivos planes departamentales.

**Artículo 18°**—Donde las circunstancias lo permitan, las Oficinas Técnicas serán organizadas a base de las dependencias ministeriales o de otros organismos existentes que realicen fines análogos en los respectivos Departamentos. De no ser posible la integración o anexión, se adoptarán las medidas conducentes a la coordinación con las dependencias indicadas.

**Artículo 19°**—El Plan Nacional de Inversiones Departamentales deberá ser integrado por programas anuales de ejecución en cada Departamento, de ser posible para períodos de cinco años. El Plan Nacional será necesariamente revisado y reajustado integralmente cada cinco años; en tanto que lo será parcialmente en cualquier momento, cuando así lo requiera la mejor ejecución de los programas anuales de uno o más Departamentos. El Plan Nacional será parcial o integralmente ejecutado, conforme sean aprobados, según esta ley, los programas Departamentales que lo integran. La primera etapa de su ejecución corresponderá al período 1957-1961, inclusive.

**Artículo 20°**—El Plan Nacional de Inversiones Departamentales incluirá, entre otras que respondan a los fines de esta ley, las siguientes obras públicas:

- a) Las que su ejecución, creando las rentas correspondientes, estén ordenadas por leyes especiales anteriores a la presente; y
- b) Las que su ejecución sea ordenada por la misma ley que dé origen a la respectiva renta especial.

## INFORMACIONES SOCIALES

**Artículo 21º**—Las Juntas Departamentales de Obras Públicas destinarán una parte de sus asignaciones para atender con dirección técnica, herramientas, explosivos y materiales necesarios a las colectividades que colaboren por acción popular en la ejecución de obras de carácter comunal, las que deberán llevarse a cabo bajo el control de las Juntas.

**Artículo 22º**—La ejecución de las obras públicas comprendidas en la presente ley no excluye el estudio y la ejecución por el Poder Ejecutivo, de obras de carácter reproductivo y trascendencia económica que, por su mayor volumen e importancia, se llevan a cabo con otras rentas o recursos especiales.

### IV

#### ORGANISMOS DEL FONDO NACIONAL DE DESARROLLO ECONOMICO

**Artículo 23º**—El Fondo Nacional de Desarrollo Económico tendrá un Consejo Superior que estará presidido por el Ministerio de Fomento y Obras Públicas e integrado por un delegado de cada uno de los Ministerios de Hacienda y Comercio, Fomento y Obras Públicas, Salud Pública y Asistencia Social y Agricultura y por un delegado de cada una de las cuatro regiones del país: Norte - Centro - Sur - Oriente elegidos por las respectivas Juntas Departamentales de Obras Públicas.

**Artículo 24º**—Son atribuciones del Consejo Superior del Fondo Nacional de Desarrollo Económico:

- a) Elaborar para su aprobación por el Poder Ejecutivo el Reglamento de esta ley;
- b) Aprobar el Presupuesto de la Secretaría General del Fondo Nacional de Desarrollo Económico y los presupuestos administrativos de las Juntas Departamentales de Obras Públicas;
- c) Autorizar la contratación de personal técnico, cuando fuese indispensable, para cooperar con la Secretaría General;
- d) Proponer al Parlamento, por conducto del Ministerio respectivo, la distribución anual de los recursos del Fondo conforme a lo dispuesto en el artículo 10º;
- e) Supervisar los planes departamentales formulados por las respectivas Juntas, al efecto de que se ciñan a la presente ley;
- f) Resolver en el caso de observaciones a que se refiere la última parte del artículo 16º;
- g) Informar sobre las operaciones de crédito a que se contrae el artículo 14º;
- h) Poner a disposición de las Juntas Departamentales de Obras Públicas, por dozavos adelantados, el monto de los presupuestos departamentales de las obras en ejecución, incluidas en el respectivo plan;
- i) Aprobar las condiciones de la transferencia de obras públicas a que se refiere el artículo 5º;
- j) Aprobar las cuentas de las Juntas Departamentales de Obras Públicas, previamente a su sometimiento al Tribunal Mayor de Cuentas;
- k) Convocar por lo menos cada dos años, a reuniones de personas especialmente designados de las Juntas Departamentales de Obras

## INFORMACIONES SOCIALES

Públicas de toda la República, y a reuniones de carácter regional o interdepartamental cuando fuese oportuno; y

1) Aprobar los presupuestos administrativos de las Juntas Departamentales.

**Artículo 25º**—La Secretaría General del Fondo coordinará en escala nacional y regional, los planes departamentales; organizará la asesoría técnica que deban prestar las reparticiones del Estado; formulará, con la cooperación de los organismos nacionales e internacionales, estudios orientados a la mejor realización de los fines que señala esta ley; organizará la realización de las reuniones periódicas de Juntas Departamentales de Obras Públicas; efectuará los estudios pertinentes en orden a la periódica revisión de las distribuciones departamentales y a las reformas y reajustes que requiera la presente ley; y prestará a las Juntas Departamentales de Obras Públicas permanente colaboración para la formulación de sus respectivos Planes.

**Artículo 26.**—Las Juntas Departamentales de Obras Públicas contribuirán al sostenimiento de los gastos que demande el Consejo Superior del Fondo Nacional de Desarrollo Económico y su Secretaría General, en proporción a sus respectivas asignaciones departamentales.

**Artículo 27º**—Créanse en todos los Departamentos de la República Juntas Departamentales de Obras Públicas, con sede en la respectiva capital, con las atribuciones de formular y ejecutar los respectivos planes departamentales; someterlos para su aprobación al Ministerio de Fomento y Obras Públicas y al Consejo Superior del Fondo; celebrar los contratos necesarios para la realización de las obras aprobadas; fiscalizar y controlar su ejecución; organizar las correspondientes oficinas técnicas; constituir Comisiones Provinciales para la mejor ejecución y planeamiento de las obras; y las demás que le señale la ley y su reglamento.

No pueden ser contratistas, ninguno de los miembros de las Juntas Departamentales de Obras Públicas, ni sus consanguíneos en 4º grado, ni afines en 2º.

**Artículo 28º**—Las Juntas Departamentales de Obras Públicas, estarán integradas por el Alcalde del Concejo Provincial de la capital del Departamento; por un delegado designado por cada uno de los Concejos Provinciales; un delegado nombrado por las instituciones representativas del comercio e industria; un delegado designado por las instituciones representativas de la agricultura, ganadería y minería; un delegado nombrado por las instituciones representativas de los empleados; un delegado nombrado por las instituciones representativas de los obreros; y dos delegados designados por las asociaciones profesionales. La Junta será presidida por un ciudadano elegido en su primera reunión. El elegido deberá reunir los mismos requisitos que la Constitución exige para ser Diputado.

Los funcionarios de las Oficinas Técnicas y, en su caso, de las reparticiones ministeriales existentes en el Departamento actuarán como asesores.

**Artículo 29º**—Las Juntas Departamentales de Obras Públicas de Piura, La Libertad, Callao, Lambayeque, Huancavelica, Cajamarca y Puno, así como la Junta de Reconstrucción y Fomento Industrial del Cuzco, creadas por las leyes Nos. 7796, 7823, 11008, 11541, 11542, 11551,

## INFORMACIONES SOCIALES

11623, 11629, 11908, y el decreto supremo de 10 de enero de 1952, continuarán ejerciendo las funciones inherentes a su constitución. Sin perjuicio de que los mencionados Departamentos perciban las asignaciones que señalan los artículos 10º y 11º de esta ley, dichas Juntas continuarán asimismo administrando las rentas especiales que les fueron asignadas en virtud de las leyes tributarias pertinentes.

Estas rentas serán incorporadas al Fondo Nacional de Desarrollo Económico a medida que sean ejecutadas las obras públicas correspondientes.

**Artículo 30**—A juicio del Consejo Superior del Fondo Nacional de Desarrollo Económico, las Juntas mencionadas en el artículo 29º podrán ejercer las funciones de las Juntas Departamentales indicadas en el artículo 27º.

### V

## DISPOSICIONES TRANSITORIAS

**Artículo 31º**—Mientras se constituyan los organismos que esta ley crea, el Ministerio de Fomento, con la colaboración de los Ministerios de Salud Pública, Agricultura y Trabajo, quedan encargados de elaborar el proyecto de Plan Nacional de Inversiones Departamentales, teniendo en consideración los pedidos que formulen la totalidad o la mayoría de la representación parlamentaria de cada Departamento, con indicación de las obras públicas, cuyos estudios preparatorios permitan que su ejecución se inicie o realicen en el curso del año 1957.

**Artículo 32º**—Dentro de los 15 días de la promulgación de la presente ley, el Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Hacienda y Comercio, designará una Comisión revisora y liquidadora de Cuentas Fiscales, integrada por cinco a siete ciudadanos de reconocida solvencia profesional, de preferencia funcionarios jubilados. La Comisión revisará y establecerá los saldos de las Cuentas pendientes de liquidación que el Gobierno tenga o haya tenido con entidades de crédito, de recaudación o cobranza, de administración, etc., sean éstas particulares o fiscalizadas por concepto de depósito u otros actos o convenios relativos a recaudación de rentas públicas de cualquier clase u origen, gestiones o comisiones de toda índole, participación de utilidades por el Estado, etc.

**Artículo 33º**—Los saldos a favor del Estado a que se refiere el artículo anterior, serán depositados a la orden del Consejo Superior del Fondo Nacional de Desarrollo Económico, en el Banco Estatal que designe aquél, por las entidades o personas responsables de la restitución.

**Artículo 34º**—El Ministerio de Hacienda y Comercio proporcionará a la Comisión revisora los datos e informes necesarios para el ejercicio de sus atribuciones; asimismo, pondrá a su disposición los medios y el personal técnico administrativo que la Comisión requiera para llenar su cometido.

Los honorarios, sueldos y demás gastos que demande el funcionamiento de la Comisión revisora, se abonarán con cargo a los saldos a que se refiere el artículo 33º.

**Artículo 35º**—El Consejo Superior del Fondo Nacional de Desa-

## INFORMACIONES SOCIALES

rrollo Económico se instalará dentro de los 30 días siguientes a la promulgación de la presente ley.

**Artículo 36º**—A propuesta del Consejo Superior del Fondo Nacional de Desarrollo Económico, dentro del término de 2 años, a partir de la promulgación de esta ley; el Poder Ejecutivo someterá a la comisión del Congreso, el plan de reformas y reajustes legales que estime necesarios para el mejor cumplimiento de los fines que con esta ley se persiguen.

**Artículo 37º**—Los recursos a que se refieren los incisos 4) y 5) del artículo 6º, sólo ingresarán al Fondo Nacional de Desarrollo Económico a partir del 1º de enero de 1958.

**Artículo 38º**—La Ley N° 12133 sólo regirá hasta el 31 de diciembre de 1957, quedando en consecuencia, derogada a partir de esa fecha.

**Artículo 39º**—Para el año de 1957, la disposición del inciso h) del artículo 24º relativa a la provisión de recursos para la ejecución del Plan Nacional de Inversiones Departamentales, entrará en vigor dentro de los 120 días siguientes a la promulgación de esta ley, a juicio del Consejo Superior del Fondo Nacional de Desarrollo Económico.

**Artículo 40º**—Cuando el producto de alguna de las leyes consideradas en el numeral 1) del artículo 6º estuviese afectado a operaciones de crédito vigentes, se dedicará de la asignación departamental las sumas necesarias para el servicio y la amortización de los créditos.

**Artículo 41º**—Una Comisión integrada por 2 Senadores y 4 Diputados, designados por sus respectivas Cámaras, revisará las leyes especiales a que se refiere el numeral 1) del artículo 6º y propondrá al Congreso las reformas o la sustitución de gravámenes que fuesen necesarios.

**Artículo 42º**—Los empleados de los organismos que se suprime en virtud de esta ley, continuarán prestando sus servicios en los nuevos organismos que se crea.

Comuníquese al Poder Ejecutivo para su promulgación.

Casa del Congreso, en Lima, a los diez días del mes de diciembre de mil novecientos cincuentiséis.

**José Gálvez**, Presidente del Senado.

**Carlos A. Ledgard**, Presidente de la Cámara de Diputados.

**E. Martinelli Tizón**, Senador Secretario.

**Ernesto Guzmán**, Diputado Secretario.

Al Señor Presidente Constitucional de la República.

POR TANTO:

Mando se publique y cumpla.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los once días del mes de diciembre de mil novecientos cincuentiséis.

**MANUEL PRADO**

**Juan Pardo Heeren.**



BICENTENARIO  
PERÚ 2021



EsSalud

SECRETARÍA GENERAL  
Oficina de Servicios de la Información  
Archivo Central



