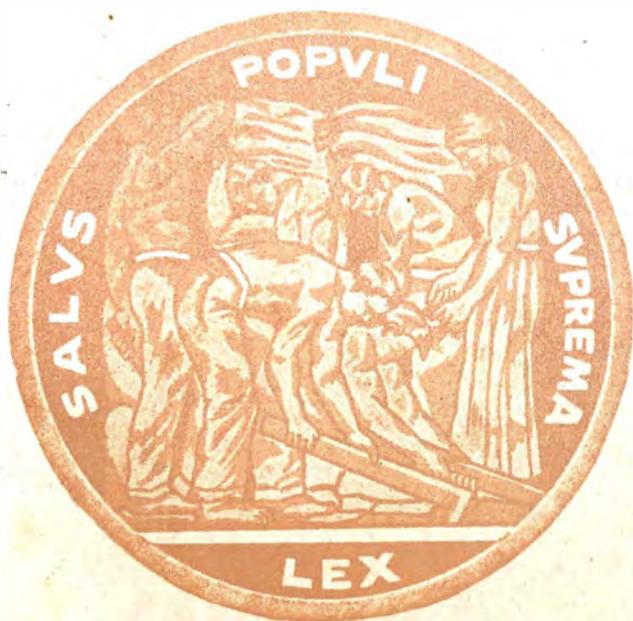


INFORMACIONES

SOCIALES



Año XIV Enero - Febrero - Marzo - 1959 No. 1

Publicación Trimestral de la
Caja Nacional de Seguro Social del Perú

INFORMACIONES SOCIALES

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

DIRECTOR: PEDRO CALOSI R.

SUMARIO

	Pág.
Encuesta Tuberculino-Radiológica en la Población de Marcona, por los Drs. <i>Alfonso Bouroncle C. y Manuel Luna G.</i>	3
El Contrato de Trabajo, por el Dr. <i>Raúl Ferrero</i>	9
Gestión Financiera del Seguro de Pensiones, por <i>Antonio Zelenka</i> ..	20
Boletín Institucional	36
Información Nacional	41
Información Extranjera	46
Legislación Social Peruana	54
Biblioteca de la C. N. S. S.	61

—oOo—

AÑO XIV

Enero - Febrero - Marzo 1959

Nº 1

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.

Encuesta Tuberculino-Radiológica en la Población de Marcona

Por los Doctores

ALFONSO BOURONCLE CARREON Y MANUEL LUNA GUIGUES

Marcona, en la habia de San Juan (Departamento de Ica-Perú), es un poblado de pocos años de existencia, formado en base al desarrollo de la extracción de hierro para su embarque, ya que hasta el momento no existe instalación alguna para su transformación industrial. Esta población de aproximadamente 5,000 personas es dependiente, directa o indirectamente de la Marcona Mining Co.; los primeros constituyen el núcleo mayoritario de la población, estando los segundos en minoría y dedicados fundamentalmente al pequeño comercio.

Población.—La población examinada, está constituida por 3,714 personas que muestran un fuerte predominio masculino (Cuadro N° 1),

CUADRO N° 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION EXAMINADA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

Grupo de edad	Hombres	Mujeres
Menos 1 año	62	72
1 — 4	320	314
5 — 9	272	208
10 — 14	168	145
15 — 19	77	117
20 — 24	339	148
25 — 29	385	155
30 — 34	309	78
35 — 39	173	63
40 — 44	107	29
45 — 49	55	14
50 — 54	24	5
55 — 59	20	8
60 — 64	4	4
65 — 69	2	3
70 — 74	—	4
75 — 79	—	—
80 y más	—	1
Ignorado	28	1
TOTAL	2,345	1,369
TOTAL GENERAL	3,714	

INFORMACIONES SOCIALES

con un marcada disminución en el grupo de 15 a 19 años; esta disminución probablemente se deba a que inician el trabajo precozmente y por la dificultad de conseguirlo en San Juan, emigran a otras localidades ya que parece que la empresa solo contrata a mayores de edad. La marcada diferencia observada en uno y otro sexo de los 20 a 59 años, debe ser tomada en cuenta para estudiar y solucionar los problemas sexuales que seguramente deben presentarse de continuo.

Vivienda.—Por el crecimiento progresivo de la población, se ha presentado un problema de vivienda que aun no ha sido superado por el plan de construcciones de la Empresa, lo cual determina que un sector de trabajadores y sus familiares vivan en hacinamiento, ya que sólo cuentan con una habitación por toda residencia, siendo en este grupo los servicios de agua y desgüe de tipo comunal.

Educación.—La existencia de pobladores analfabetos y el que la mayoría hayan llegado tan solo a la educación primaria, determina que los niveles educativos de la población sean bajos, lo cual influye en su sistema de vida y comportamiento, determinando que muchos prejuicios y costumbres de gran arraigo persistan, convirtiéndose en hábitos, atentando contra la superación e imponiendo un freno al desarrollo individual y colectivo por lo cual es necesaria una labor educativa general y sanitaria.

Examen de Salud.—El examen estuvo integrado por pruebas tuberculínicas y exámenes foto-radiográficos.

En relación a las primeras tenemos: la prueba tuberculínica (técnica de Mantoux al 1/1,000) fue ejecutada en un grupo de trabajadores y al íntegro de las mujeres y niños; ¿cuál fue el fundamento?, se deseaba determinar los índices de infecciosidad, a la par que proceder a la vacunación con BCG en los niños.

Los resultados de las pruebas tuberculínicas controladas y expresadas en índices de infecciosidad son los siguientes:

CUADRO Nº 2

	Nº de		Reactores		Reactores	
	Controlados	Positivos	%	Negativos	%	
Trabajadores	682	634	92.97	48	7.03	
Mujeres	341	300	87.98	41	12.02	
Niños	708	177	25.00	531	75.00	

Se presentaron a sus controles 1,731 personas que dieron un 64.2% de reactores positivos, porcentaje de por sí bastante elevada; igualmente la incidencia de la infección en los adultos es alta, no así en los niños, ya que si consideramos que en este grupo se han tomado los menores hasta los 14 años, resulta inferior a lo encontrado en otras colectividades.

INFORMACIONES SOCIALES

 CUADRO Nº 3
 REACCION TUBERCULINICA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

Grupos de Edad	Total Exami- nados	Reactores Positivos				Reac. Neg.		
		†	%	†† y más	%	% total positivos	Negativos %	
Menos 1 año	34	5	14.7	2	5.9	20.6	27	79.4
1 — 4	289	23	8.0	5	1.7	9.7	261	90.3
5 — 9	229	54	23.6	8	3.5	27.1	167	72.9
10 — 14	156	70	44.9	10	6.4	51.3	76	48.7
15 — 19	56	36	64.3	6	10.7	75.0	14	25.0
20 — 24	244	174	71.3	43	17.6	89.9	27	11.1
25 — 29	294	181	61.6	79	26.9	88.5	34	11.5
30 — 34	255	185	72.5	57	22.4	94.9	13	5.1
35 — 39	71	50	70.4	20	28.2	98.6	1	1.4
40 — 44	43	26	60.5	17	39.5	100.0	—	—
45 — 49	29	24	82.8	5	17.2	100.0	—	—
50 — 54	9	6	66.7	3	33.3	100.0	—	—
55 — 59	13	10	76.9	3	23.1	100.0	—	—
60 — 64	1	1	—	—	—	—	—	—
Ignorado	8	7	87.5	1	12.5	—	—	—
TOTAL	1,731	852	49.2	259	15.0	64.2	620	35.8

En el cuadro Nº 3 hemos efectuado la distribución de las pruebas tuberculínicas controladas por tipo de reacción, intensidad de ella y su distribución por grupos de edad; como se aprecia, la infecciosidad está en razón directa con la edad, lo que también sucede en la distribución del tipo de reacción, ya que los estados hiperérgicos (2 ó más cruces) también se incrementaron con la edad.

En el grupo de un año hay 7 reactores positivos, y como lo manifestamos en el análisis de la morbilidad, corresponde a manifestaciones precoces de la enfermedad, este hecho debe de ser considerado para desarrollar un mejor control de enfermos y contactos a la par que estimular las defensas biológicas por medio de la vacuna antituberculosa ECG.

Corroboramos lo anterior el elevado porcentaje de reacciones flictenulares que fueron 26 en 1,111 reactores positivos o sea el 2.6%.

La casi totalidad de negativos entre mujeres y niños fueron vacunados con BCG, ya que se practicaron 541 vacunaciones.

Por el valor diagnóstico que tiene la tuberculina en los niños menores de un año y susceptible de ser extendido hasta los 2 años, es que a los menores de esa edad se les practicó únicamente la prueba tuberculínica que alcanzó a un total de 251 niños; de éstos un grupo de 9 por reacciones positivas han sido considerados como sospechosos.

Exámenes foto-radiográficos.—Fueron practicados 3,473 exámenes en 8 días o sea 434.1 exámenes diarios, correspondiendo, 1,283 a trabajadores incluyendo los de la Cooperativa, y el resto, 2,190 pertenecen a familiares, residentes de la zona libre y población flotante (clandestina), etc.

INFORMACIONES SOCIALES

CUADRO N° 4

SOSPECHOSOS Y RESIDUALES DISTRIBUIDOS POR EDAD Y SEXO

Grupo de edad	H O M B R E S		M U J E R E S	
	Sospechosos	Residuales	Sospechosos	Residuales
Menos 1 año	—	—	—	—
1 — 4	1	1	4	—
5 — 9	2	3	9	1
10 — 14	4	1	8	2
15 — 19	1	1	3	1
20 — 24	9	10	4	3
25 — 29	11	7	9	3
30 — 34	9	6	7	1
35 — 39	7	6	4	1
40 — 44	2	4	3	2
45 — 49	2	3	—	—
50 — 54	1	1	—	—
55 — 59	1	1	1	—
60 — 64	1	—	1	—
65 — 69	—	—	1	—
70 — 74	—	—	1	—
75 — 79	—	—	—	—
80 y más	—	—	—	—
Ignorado	4	2	—	—
T O T A L	55	46	55	14

En los 1,283 trabajadores examinados, se han encontrado 39 sospechosos de afección pulmonar tuberculosa, o sea el 3.03%; en los 2,190 exámenes a familiares, hemos encontrado 71 sospechosos o sea el 3.24%; queremos anotar que en este último grupo, no se han considerado a 9 niños menores de dos años, 7 de ellos de menos de un año y dos de 2 y medio, cuyo diagnóstico ha sido efectuado tan sólo por la prueba tuberculínica.

Debemos indicar que la mayoría de los sospechosos encontrados, corresponden a formas mínimas.

 CUADRO N° 5
DISTRIBUCION POR TIPO DE LESION (*)

Tipo de lesión	Número de casos	Porcentaje de morbilidad
Mínimas	75	68.3 %
Moderadamente avanzadas	27	24.5
Muy avanzadas	3	2.7
Sin determinar	5	4.5
T O T A L	110	100.0 %

(*) En este cuadro no han sido considerados los 9 niños sospechosos por la tuberculina.

INFORMACIONES SOCIALES

El cuadro N° 5 nos muestra el fuerte predominio de las formas mínimas y secundariamente las moderadamente avanzadas. En el presente estudio no podemos indicar el porcentaje de formas cavitarias e igualmente de la baciloscopia, ya que al momento de efectuarse este trabajo, no conocemos los resultados de los dos puntos citados.

CUADRO N° 6

MORBILIDAD TUBERCULOSA DISTRIBUIDA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS

Grupo de edad	HOMBRES			MUJERES		
	Total	Sospechoso	Porcentaje %	Total	Sospechoso	Porcentaje %
Menos 1 año	62	—	—	72	—	—
1 — 4	320	1	0.3	314	4	1.3
5 — 9	272	2	0.7	208	9	4.3
10 — 14	168	4	2.4	145	8	5.5
15 — 19	77	1	1.3	117	3	2.6
20 — 24	339	9	2.6	148	4	2.7
25 — 29	385	11	2.8	155	9	5.8
30 — 34	309	9	2.9	78	7	8.9
35 — 39	173	7	4.0	63	4	6.3
40 — 44	107	2	1.8	29	3	10.3
45 — 49	55	2	3.6	14	—	—
50 — 54	24	1	4.2	5	—	—
55 — 59	20	1	5.0	8	1	12.5
60 — 64	4	1	25.0	4	1	25.0
65 — 69	2	—	—	3	1	33.3
70 — 74	—	—	—	4	1	25.0
75 — 79	—	—	—	—	—	—
80 y más	—	—	—	1	—	—
Ignorado	28	4	14.3	1	—	—
TOTAL	2,345	55	2.3	1,369	55	4.0

Total general 3,714 — Sospechosos 110 — Porcentaje % 2.9
Diferencia + F.S = 1.7 + 1.22

Significativo

En relación a la morbilidad en función de su grupo de edad (Cuadro N° 6) tenemos que existe un predominio significativo de la enfermedad en las mujeres y que se manifiesta sobre todo en los grupos extremos de edad.

INFORMACIONES SOCIALES

En los varones la morbilidad se incrementa a partir de los 10 años, para permanecer estacionaria hasta los 34, incrementándose a partir de ese momento. La elevación de los índices de morbilidad a partir de la tercera década de vida, estaría en relación a la persistencia crónica de tipo fibroso y la de los primeros años a la difusión de la enfermedad en el medio intrafamiliar; en este cuadro tampoco hemos considerado a los 9 niños diagnosticados en base a la prueba tuberculínica.

En relación a las formas residuales que en su mayoría están constituidas por calcificaciones, se ha encontrado 38 en el grupo de trabajadores o sea el 2.96% y en los familiares 22 o sea el 1.0%. Este menor número de residuales en los familiares es dependiente de la menor edad de los examinados en relación a los trabajadores.

Enfermedades ocupacionales.—En el examen practicado, se han encontrado tan sólo 2 casos que corresponden a silicosis avanzada en asociación con tuberculosis, ambos casos por la densidad de los nódulos y su extensión corresponden a procesos silicóticos antiguos con probablemente más de 10 años de evolución; no se ha observado ningún caso que haga sospechar de la existencia de siderosis.

En relación a las enfermedades ocupacionales, es conveniente que el Instituto de Salud Ocupacional, realice un nuevo estudio de los diferentes ambientes en los cuales se trabaja con concentración de polvo; ello es necesario para establecer medidas de protección adecuadas a cada ambiente y también para determinar cuál es el porcentaje de sílice que existe —si es que existe— y en qué ambiente es más frecuente hallarlo.

CONCLUSIONES

1º—La infección tuberculosa es precoz incrementándose en razón directa a la edad.

2º—La morbilidad es prevalente aumentando sus índices a partir de la tercera década de vida; es predominante en el sexo femenino.

3º—No se han observado signos radiológicos de enfermedades ocupacionales; los dos únicos casos observados corresponden a procesos antiguos contraídos en otros ambientes.

EL CONTRATO DE TRABAJO

Por el Dr. RAUL FERRERO

Continuamente, por obra de la inteligencia que es ávida de verdad, nuestro mundo jurídico se quiebra y recompone. Hay una callada intimidad, según dijera bellamente Richard Dehmel, desde la cual miramos en panorama jurídico y reconstruimos sin cesar el puente entre la vida y la justicia. A este linaje de reflexiones se presta nuestro tema, porque en él se entrecruzan vivencias humanas y conflictos sociales. Entendiendo que el Derecho es obra humana, aspiramos a mejorar nuestro ordenamiento legal, con sentido de la realidad que nos presiona exigentemente, pero también con altura y rigor jurídico.

DIGNIDAD DEL TRABAJO

El trabajo es actividad personal, o sea un esfuerzo del hombre encaminado a la adquisición de los bienes necesarios para su subsistencia y la de su familia. Consiste en el ejercicio de facultades intelectuales y manuales y no debe ser mirado como una simple prestación económica, ya que no puede separarse del cuerpo ni del espíritu, como sucede con la entrega de un bien. Menos aún puede ser mirado como una mercancía, pues atañe al ser humano totalmente y es una actividad voluntariamente elegida, que tiene la dignidad esencial de la persona humana, la cual es superior al conjunto de bienes y realiza su propio destino con inteligencia y libertad.

Sin duda, en la prestación de trabajo hay un contenido objetivo y material: las contraprestaciones patrimoniales. Pero, además de un cambio de bienes con valor económico, hay una vinculación de persona a persona, una dedicación de las energías y de las facultades intelectuales, o sea una relación ética, cuyas notas fundamentales, como anota Pérez Botija, son la diligencia, la lealtad y la obediencia. La valoración doctrinal de cada una de estas notas les da relevancia como elementos morales de la relación laboral.

La dependencia del trabajador respecto del empresario no quebranta su libertad abstracta ni su igualdad jurídica; es una subordinación simplemente funcional, por virtud de la cual el patrono coordina las actividades y orienta la producción. Desde luego, tal unidad de voluntad es indispensable para la producción, pero no entraña un poder ilimitado o arbitrario, puesto que se halla regulada por normas de derecho; la

INFORMACIONES SOCIALES

autoridad del empleador se contrae exclusivamente al objeto del trabajo; sin intervenir en la conducta extra-laboral del servidor.

Es ya un axioma que la economía debe estar al servicio del hombre, para asegurar el bienestar general, y no el hombre al servicio de la economía. La dignidad del trabajador es tan importante como la subsistencia de la empresa, la cual tiene justificación en su eficacia para promover mejores niveles de vida. Aunque consensual, pues las partes escogen libremente las condiciones básicas, el contrato de trabajo genera beneficios irrenunciables; por ello cada día es más reducida el área del contrato de trabajo y mayor el área invadida por el derecho público en resguardo de la parte económicamente más débil.

Anticipo, por tanto, que veo en el contrato de trabajo una figura jurídica típica, con fuerte contenido ético y social, históricamente desprendida de la locación de servicios e influida por ella en parte.

Está a la vista la modificación de los principios clásicos en materia contractual, por la acentuada socialización que se introduce en el contenido de muchos de los contratos. Sin embargo, tal tendencia no debe ser exagerada, como lo quiere la doctrina alemana dirigista, ya que la seguridad jurídica, la buena fe y la libertad humana exigen que sea respetada la voluntad de las partes. Especialmente en materia de trabajo, sufre grandes recortes el principio liberal de la autonomía de la voluntad, pero ello no justifica que se sostenga la inexistencia del contrato. El derecho del trabajo es históricamente una rama desprendida del derecho civil y enriquecida valiosamente por el aporte de doctrinas de derecho público. Tal penetración viene siendo creciente; la órbita privada se ve notablemente reducida y es obvio que la importancia del contrato de trabajo declina. Con todo, creemos que el particularismo del derecho del trabajo no entraña su autonomía, ya que en el ordenamiento jurídico ninguna rama es realmente autónoma ni puede construirse aisladamente.

DEFINICION

Podemos definir el contrato de trabajo como un acuerdo, expreso o tácito, por virtud del cual una persona presta servicios por cuenta de otra, bajo su dependencia, a cambio de una retribución.

Es innegable que en cuanto "convenio de voluntades que engendra obligaciones", que es el concepto de todo contrato, el contrato de trabajo existe y es perfectamente clasificable.

En cuanto a su **naturaleza**, es un contrato bilateral o sinalagmático, ya que crea obligaciones para las dos partes; en cuanto a su objeto, es de arrendamiento de servicios, con la nota de subordinación que lo hace típico; en cuanto a su **finalidad**, es oneroso y conmutativo, puesto que cada parte obtiene una prestación equivalente y no media álea; en cuanto a los **requisitos externos**, es consensual, ya que se perfecciona por el consentimiento de las partes; en cuanto a su **carácter**, es principal, porque cumple por sí mismo un fin contractual; y en cuanto a su **figura**, es típico, puesto que tiene individualidad propia y reglas especiales en la ley.

INFORMACIONES SOCIALES

NATURALEZA JURIDICA DEL CONTRATO DE TRABAJO

En su significado más exacto, es la fuente de la relación de trabajo. De acuerdo con Barassi, Pozzo, Valdez Tudela, García Oviedo y Cabanellas, consideramos que el contrato de trabajo constituye normalmente un contrato privado, que obliga a las partes por razón de un vínculo emanado del libre consentimiento. Si bien en su contenido deben observarse limitaciones e imposiciones de carácter legal, ello no altera su esencia privatista, pues las regulaciones de orden público que lo complementan no son suficientes para crear figuras de Derecho Público. "Por razón del sujeto y por la calificación del objeto, sin consideración a la regulación jurídica, es un contrato de Derecho Privado", como define Cabanellas.

Las figuras clásicas del derecho civil no contienen requisitos esenciales tan peculiares como lo que el contrato de trabajo reúne. Por ello, podemos adelantar que se trata de un contrato típico. Es del mayor interés examinar su esencia y caracteres a la luz de las teorías civilistas que tratan de encuadrarlo dentro de las figuras clásicas, nacidas más de veinte siglos antes de que se definieran los lineamientos del actual contrato de trabajo. Pueden agruparse las teorías formuladas del modo siguiente: A) CIVILISTAS, que lo equiparan ya sea con el arrendamiento, o con la compraventa, o con la sociedad, o con el mandato; B) AUTONOMISTAS, que lo configuran con independencia radical, como contrato "sui géneris", y C) ANTICONTRACTUALISTAS, que le niegan existencia y proclaman con énfasis la relación del trabajo. Analizaremos, por su orden, las diversas teorías formuladas.

A).—TEORIAS CIVILISTAS

a).—Del arrendamiento.

Desde el derecho romano, la locación se ha clasificado en arrendamiento de cosas (locatio conductio rerum), arrendamiento de obras (locatio conductio operis) y arrendamiento de servicios (locatio conductio operarum). Este último ha alcanzado realce singular a partir de la revolución industrial. Numerosos autores consideran que el contrato de trabajo es la forma actual del clásico arrendamiento de servicios. Según ellos, consiste en el acto de arrendar una persona sus servicios a otra, mejor aún, de arrendar su fuerza de trabajo, como dijera Marx. Para Krotzschin, el contrato de trabajo es una **subespecie de la locación de servicios**, caracterizada por la forma dependiente en que se presta el trabajo. Contra la expresada tesis, ha de objetarse que sólo puede arrendarse aquello que tiene una realidad autónoma, como una finca, o en la antigüedad, un esclavo. Tratándose del trabajo humano, éste no puede independizarse de la persona que lo realiza, o sea del trabajador. Valverde observa que sólo en un régimen servil podría arrendarse el trabajo por no ser algo sustantivo o independiente del hombre. Es obvio que el trabajo no es cosa, no es "res". Fouillé dice: "Si se pretende considerar al trabajo como una mercancía, es, en todo caso, una mercancía, sui géneris, que no se parece a ninguna otra. Con él la

INFORMACIONES SOCIALES

personalidad humana entra enteramente en juego. Detrás de la mano de obra está el hombre. Reducir los problemas referentes a la organización del trabajo a su aspecto puramente económico y material es rebajarlos. Tienen un aspecto humano y social muy destacable”.

Planiol emplea la expresión “arrendamiento de trabajo” (*louage de travail*) como la única científica, porque responde exactamente al objeto del contrato. Mas aún, impugna la locación (contrato de trabajo” por considerar que es tan infundada como sería la similar “contrato de finca” si se empleara tal expresión para el arrendamiento de cosas.

Cabanellas y Barassi, ambos calificados especialistas en Derecho Laboral, admiten la naturaleza locativa del contrato de trabajo. En particular, Barassi pone énfasis en los convenios colectivos, o verdaderos contratos- normas, así como en la imperatividad de las leyes y disposiciones con que el Estado, por propia potestad, regula la relación laboral. Sostiene que locar equivale a conceder en goce y, dado que el trabajador se obliga a dar lo mejor de sus energías, puede afirmarse que se alquila a sí mismo (*locat se ipsum*), a la manera como el dueño de un esclavo locaba al “*servum suum*”. Pero, observamos nosotros, en tal afirmación de Barassi está su propia refutación puesto que, en verdad, la energía producida por el hombre es inseparable del hombre mismo y éste no puede ser objeto de contratos patrimoniales; simplemente pacta una obligación de hacer.

b).—De la compraventa.

Para esta teoría, el trabajador vende su fuerza de trabajo contra el pago de un precio llamado salario o sueldo. Bureau estima que ambos contratos (el de trabajo y el de venta) son idénticos porque existe una concertación entre retribución y cantidad de esfuerzo equivalente y porque el vendedor de trabajo permanece extraño al resultado de la empresa. Desde otro ángulo, Chatelain, que aprecia el contrato de trabajo como un contrato subyacente de sociedad, coincide en afirmar que el trabajador vende su participación futura por una suma fija. Carne-lutti expresa que solamente por un pudor verbal es que soslayamos la realidad de que el hombre vende su energía, si bien conserva su libertad en cuanto persona.

Es oponible a tales tesis el reparo de que en la compraventa se trasmite la propiedad de una cosa real (existente “*in natura rerum*”) en tanto que en el contrato de trabajo el esfuerzo no es una cosa en sí sino una actividad de la persona. “El trabajo humano no es enajenable, porque no es susceptible de propiedad. El hombre no puede disponer de él como de sus bienes, no es realmente una cosa transmisible”, anota García Oviedo.

c).—Del mandato.

Son contados los que equiparan el contrato de trabajo al mandato. Tal asimilación es infundada, puesto que el principio de la representación no se da en el contrato laboral. Como observa Sánchez Román, en el mandato el mandante extiende su personalidad más allá de las limi-

INFORMACIONES SOCIALES

taciones de orden físico, pues dicta instrucciones. El asalariado trabaja por cuenta ajena, pero no a nombre de otra persona. El mandato es revocable, en tanto que el contrato de trabajo no se rescinde sino de acuerdo con lo pactado o con las normas legales. Por último, el mandato carece de la nota de subordinación.

d).—De la sociedad.

Tratadistas distinguidos, tales como Lorín, Valverde y Chatelain, consideran que el contrato de trabajo tiene el carácter de un contrato de sociedad, puesto que ambas partes colaboran en la producción siendo el salario una participación antelada en los beneficios. Precisamente, si el empleador deviene en propietario único del producto es porque el trabajador le cede su parte y si tiene capacidad para cederla es porque es propietario de ella. Para refutar esta tesis no es menester mucha argumentación; basta considerar que ambas partes no persiguen la misma finalidad y que, además, no surge de la relación de trabajo una persona distinta de la de los asociados. Falta el elemento esencial, la “*affectionis societatis*”, o sea el espíritu común que anima el contrato de sociedad. Aun considerando la participación de utilidades concedida a los trabajadores, éstos permanecen extraños al riesgo de pérdidas y la percepción de beneficios es sólo una retribución adicional.

B).—AUTONOMISTAS

Beaucourt y González Rothvoss sostienen el carácter sui géneris del contrato de trabajo, negando que sea encuadrable dentro del Derecho de Obligaciones. Por nuestra parte, creemos que la tipicidad contractual, configurada magistralmente en el Código Civil de Italia, de 1942 no excluye la relación del contrato laboral con las restantes fuentes de obligaciones y que su contenido ético y su alcance social, si bien justifican una relación independiente, no cambian su naturaleza jurídica fundamental. Es más bien por razones de sistemática y por la vasta área tuitiva del Estado que se tiende a la dación de Códigos del Trabajo. Pero la bondad y conveniencia de dichos cuerpos de leyes no desvirtúan que el acto generador de la relación de trabajo sea un contrato privado, concertado entre sujetos jurídicamente iguales. Por ser esta igualdad solamente jurídica y no económica, es que la autoridad social lo tutela.

C).—ANTICONTRACTUALISTAS

La doctrina de la relación de trabajo es sostenida, entre otros autores, por Siebert en Alemania, Levi de Cealí en Italia y Legaz Lacambra en España. Niega la necesidad del contrato de trabajo, por estimar que la relación laboral surge en virtud del hecho material del ingreso del trabajador a la empresa y que está normada por leyes y reglamentos que la encierran rígidamente. Nos parece que tales autores olvidan que la negación de la autonomía de la voluntad afecta hondamente la concepción filosófica de la persona humana y la sacrifica a las relaciones colectivas, que no son sino su perfil social.

INFORMACIONES SOCIALES

El mérito de esta concepción es haber hecho luz sobre el carácter institucional del trabajo. Este no es mercancía que se vende ni aún un servicio que se arrienda. Como dice García Oviedo, es todo un orden dentro del orden general de la vida. Es una institución presidida por una idea y reglada por normas propias. I porque es una Institución, vive por sí misma y es continuamente asistida por el Estado el cual interviene para satisfacer el bien común.

Alegando que la posición jurídica de ambos pactantes se halla totalmente predeterminada por la ley o el convenio colectivo, e inclusive por el uso, los anti-contractualistas sostienen que la contractualidad ha desaparecido en la relación individual de trabajo. Es cierto que las partes no pueden derogar las normas colectivas, salvo que fuere en beneficio del trabajador; igualmente es verdad que, cuando el empleador toma al trabajador, el convenio se reduce, casi totalmente, a la calificación del servicio y al monto de la retribución, y aún éste se encuentra fijado de antemano por los pactos colectivos si se trata de empresas importantes. Pero no puede negarse que, aparte del ordenamiento previo, hay un acto jurídico bilateral, una adhesión originaria, la que es esencial. El aproximarse a aquella situación predeterminada es obra de la voluntad individual, como observa Barassi. La obligación de prestar el trabajo y la obligación de pagar la retribución son de origen contractual.

Acompaño a Sanseverino en anotar que la no fungibilidad de la prestación de trabajo y su rescindibilidad por acto unilateral imponen la contractualidad. Desde luego, no es la contractualidad plena, pero hay contrato en cuanto es el acuerdo inicial del trabajador y el empleador lo que pone en movimiento la relación fundamental, a la que se adhiere el esquema de leyes y normas colectivas. Por último, no es desdeñable observar que, bajo la bandera del anticontractualismo se agrupan corrientes no jurídicas, de carácter reivindicacionista y político. La tendencia actual a enfrentar grupo contra grupo, acentuando las diferencias hasta hacerlas radicales e insalvables, no toma en cuenta que sociedad es cohesión, equilibrio dentro de la libertad y el orden, y no una pugna sórdida.

EL CONTRATO DE TRABAJO COMO INSTITUCION

Quizá si el reexamen de la naturaleza del contrato de trabajo, que enfrenta a iusprivatistas y iuspublicistas, nos lleve en el futuro a la adopción del término institución, conforme a la doctrina de Hauriou y Renard. Se conservaría así la intervención decisiva del consensus, como sostienen los contractualistas, pero atemperada y delimitada dentro del orden natural y positivo, como quieren los mantenedores de la figura *sui generis*. Es innegable que el concepto de institución, que resulta indeterminado si se le extrae del campo doctrinario de los iusnaturalistas, tendría aplicación certera al área de la relación de trabajo. En efecto, la peculiaridad del contrato laboral radica, precisamente, en que la relación jurídica que genera se halla reglada por un ordenamiento jurídico que es anterior y subsecuente al contrato, lo que recorta en gran parte la autonomía de los pactantes.

INFORMACIONES SOCIALES

Ello no es sino la demostración de la contextura mixta del Derecho del Trabajo, el cual participa del derecho público y del derecho privado. La relación laboral está sometida al *ius cogens* o conjunto de reglas imperativas, y también a normas de libre acuerdo, o *ius dispositivum*. El Derecho del Trabajo es un derecho nuevo, caracterizado principalmente por la tutela que el Estado ejerce en protección de los trabajadores; tiene principios peculiares, como el de la irrenunciabilidad de beneficios y el de la interpretación favorable al trabajador o cláusula "pro-operario", pero ello no significa que carezca de precedentes legislativos e ideológicos, que sea radicalmente "ex-novo".

La "sustantividad hipertrofiada", o sea la tesis de quienes afirman un tercer derecho, distinto del derecho privado y del público, supone un "tertium penus", un área *sui géneris*, un derecho excepcional. Parece más sensato hablar de un derecho especial, de una rama autónoma que se entronca con el derecho privado y viene siendo penetrada, cada vez más, por normas de derecho público. Afirmamos que el derecho del trabajo, apreciado como rama autónoma, de contextura privado-pública, tiene su raíz en el ámbito del derecho privado, del que es inseparable, si bien recibe crecientemente normas dictadas por el intervencionismo estatal con miras a la protección del trabajador.

Aunque derecho especial, no puede aceptarse que se le atribuya una dimensión propia y radical. Barassi, Borsi, Pérez Botija y Valdez Tudela, entre otros tratadistas, rechazan la pretensión de erigirlo en derecho excepcional. Así, Pérez Botija califica tal tesis de solución socorrida para los investigadores que no aciertan a encuadrar las instituciones que investigan dentro del marco de los esquemas vigentes y prefieren, por comodidad intelectual, librarse de la tarea de señalar las discordancias y analogías. Coincidiendo con el juicio del destacado privatista español López Leñero, podemos concluir que el Derecho del Trabajo se ha formado inicialmente en la órbita del derecho privado, pero que, por su entrecruzamiento con el interés general, ha visto sumamente reducida la autonomía de la voluntad. El poder público ha limitado el área contractual al modo como impone restricciones a la autonomía privada respecto del matrimonio o de la adopción y mermando, hasta llegar al dirigismo, otras figuras que son de esencia y contenido privados. Es el avance de la socialización del Derecho.

ZONA NO CONTRACTUAL DEL TRABAJO EN NUESTRO SISTEMA JURIDICO

Admitido que la relación de trabajo tiene su fuente en el contrato de trabajo, se hace sin embargo patente que existe una amplia zona que no es de origen contractual. Ella comprende los seguros sociales, cuya cuota patronal es cubierta por quien no es usuario de la protección; las vacaciones, pese a que interrumpe la prestación de los servicios; la tutela especial en favor de los menores y de las mujeres; la protección contra los accidentes y su reparación; la participación de utilidades; el descanso semanal; el salario dominical; la compensación por tiempo de servicios; la limitación de la jornada; el seguro de vida del empleado; la jubilación; la asociación sindical y los pactos colectivos respecto de quienes no intervinieron al tiempo de su concertación.

INFORMACIONES SOCIALES

La posición jurídica del trabajador se halla determinada por las leyes sociales, los convenios colectivos y el Código Civil, a punto tal que los servidores de una empresa tienen en el contrato individual únicamente el presupuesto para la aplicación de tales regímenes. Ligado a la empresa por un contrato individual, que él es el acto originador del vínculo, el trabajador queda automáticamente amparado por múltiples normas que le son aplicables y respecto de las cuales no cabe que haga renuncia.

El contrato de trabajo es la institución sobre la que se asienta el actual sistema de producción económica. Mediante él se logra que colaboren en el fin de la empresa el capital y el trabajo. Como quiera que la mayor parte de los hombres vive del salario o sueldo que percibe, debe mirarse en la remuneración del trabajador no sólo la contraprestación de un arrendamiento de servicios sino también el modo general de subsistencia y una relación que atañe a su dignidad personal, puesto que el trabajo es inseparable de quien lo da, a diferencia del capital. Por tanto, es función innegable del Estado, como promotor del bien común, intervenir por vía normativa para proteger el interés social en juego. La legislación social viene a ser el límite que esta acción tutelar del Estado impone a la libertad de las partes, en atención a que, si bien existe igualdad jurídica entre el dador de trabajo o empresario y el trabajador, éste no se halla en igualdad económica, circunstancia que lo priva de apreciar libremente el contrato y de discutir sus cláusulas. Tal limitación reglamentaria va restringiendo el ámbito de lo contractual, por lo que el trabajo es cada vez menos materia de contrato individual y cada vez más objeto de normatividad impuesta.

CONCLUSIONES

El precedente estudio nos lleva a las conclusiones siguientes:

- 1.—El contrato de trabajo tiene autonomía principalmente por su contenido moral y constituye una figura jurídica típica. Es fuente de una vinculación que asegura la función social de la empresa y la subsistencia del trabajador; implica el respeto a la dignidad de éste, puesto que el trabajo no es separable de quien lo presta.
- 2.—Su autonomía jurídica se basa en la naturaleza del servicio y consiste, sobre todo, en la tipicidad legislativa. La existencia de principios tuitivos y morales, que los autonomistas señalan como particularidad del contrato de trabajo, también se presenta en otros contratos, tales como el matrimonio o la adopción. Sería más fundado reputarlo institución, ya que las normas imperativas resultan aplicadas por impulso extracontractual.
- 3.—El principio de la autonomía de la voluntad, que rige en los contratos civiles, es aplicable al contrato de trabajo, al menos en cuanto a la libre concertación entre dador y prestador de trabajo, así en lo relativo a la fijación de las labores. Las limitaciones im-

INFORMACIONES SOCIALES

- puestas por vía legislativa y reglamentaria obedecen a un propósito de bien social y no de técnica jurídica.
- 4.—En nuestro ordenamiento jurídico coexisten dos sistemas, lo que causa confusión doctrinaria. Al lado de una vasta área de derecho público constituida por las leyes sociales, la legislación peruana constituye el contrato de trabajo entre los contratos civiles, Título VI de la Sección Quinta del Libro Quinto, relativo al Derecho de Obligaciones, como figura distinta de la locación. Sin embargo, por la falta de una ley sustantiva, el contrato de trabajo se aproxima a una subespecie de la figura locativa. Se tipifica esencialmente por las notas de subordinación y continuidad, pero además lo caracterizan la ajenidad al riesgo, la exclusividad, la onerosidad y la profesionalidad.
 - 5.—La tesis de García Oviedo, según la cual el contrato de trabajo no es sino el antiguo contrato de locación de servicios pero socializado, concilia las posiciones de privatistas y publicistas. Ofrece la ventaja de distinguir en el contrato individual de trabajo un área contractual y un área no contractual, constituida esta última por disposiciones gubernativas y aun por normas colectivas que fueron concertadas “in genere”.
 - 6.—El contrato de trabajo es la institución sobre la que se asienta el sistema de producción. La empresa coordina los factores de la producción: capital técnica y trabajo. Hace converger las energías del trabajador hacia el logro productivo; ello justifica la subordinación.
 - 7.—Para la doctrina general del contrato, la libertad o autonomía es la regla y el límite es la excepción. Pero en el derecho laboral, la normalidad impuesta, ya sea por la ley o por los pactos-normas, es mayor que en otros ámbitos jurídicos. La derogabilidad de las normas por acuerdo de las partes no opera en su ámbito y el principio “pro operario” se aplica, por tutela social, para evitar la injusticia económica.
 - 8.—En cuanto a su función económica, el contrato de trabajo es un contrato de cambio, dirigido a realizar un “do ut facias”. En cuanto a su duración, se le reputa por tiempo indeterminado, salvo que el término resulte de la particularidad de la relación o del propio contrato.

En cuanto a su **naturaleza**, es bilateral o sinalagmático. Por su **finalidad**, es oneroso y conmutativo. Por sus **requisitos extrínsecos**, es consensual. Por su **carácter**, es principal. Por las **normas legales aplicables**, es un contrato nominado y típico. El **contrato colectivo** es el que provee a la defensa del trabajador y señala la diferencia respecto de los contratos de adhesión y de los contratos-tipo.

INFORMACIONES SOCIALES

- 9.—El verdadero contrato colectivo de trabajo es, técnicamente considerado, el contrato normativo. Los contratos individuales de trabajo, sean aislados o bien simultáneos por aplicarse a todo grupo de contratantes, constituyen relaciones patrimoniales en serie. El contrato colectivo de trabajo se distingue del contrato de adhesión en que las dos partes son categorías organizadas, en tanto que al contrato de adhesión se recurre cuando una de las categorías de interesados carece de organización, lo que permite la elaboración unilateral de las cláusulas, como sucede con las pólizas de seguro.
- 10.—En ausencia o defecto de una regulación legislativa, son aplicables al contrato de trabajo las normas de la locación de servicios, como sucede en el Perú respecto del plazo máximo de los contratos de trabajo (Artículo 1549° del Código Civil), así como respecto del término de prescripción para los salarios y del plazo que surta efectos la discontinuidad en la prestación de trabajo en cuanto a la jubilación (Artículo 1168° del Código Civil).
- 11.—Si bien es obvio que el contrato de trabajo tiene vínculos de aproximación con la locación de servicios, no toda locación de servicios entraña una relación de trabajo. Precisamente, el cambio habido en la terminología, que ha impuesto universalmente la palabra **trabajo** en lugar de **servicios**, demuestra que el ámbito de trabajo, es más restringido que el de la locación de servicios. Reduce la vinculación entre ambas figuras, a falta de una ley sustantiva, en el Artículo 1552° del Código Civil atinente a la locación de servicios, que dispone que deben observarse, además de las normas civiles, las leyes especiales sobre trabajo y servicio doméstico.
- 12.—El contrato de trabajo es la figura jurídica en que se ha hecho más efectivo el dirigismo contractual. En la relación de trabajo, la intervención del Estado se inspira en igual propósito que la corriente dirigista: moralizar la relación contractual para prevenir injusticias derivadas del predominio de una de las partes. El principio de socialidad determina la inserción automática de todas las cláusulas protectoras del trabajador en cada contrato individual.

Del punto de vista moral, el sentido del trabajo humano debe identificarse con el sentido de la vida. Si se cree que ésta carece de un sentido y que sólo consiste en la búsqueda de placer o de dinero, entonces no tiene fundamento el deber de trabajar. El capitalista de ayer, obsesionado por el afán de acumular riqueza como si ello fuera un fin en sí mismo, negoció el mundo sin comprender que ese activismo económico marchaba vacío.

Hoy se admite por todos que el trabajo es una función social puesto que constituye el medio natural de proveer a las necesidades de la vida. La actividad económica no tiene primacía ni menos aún, auto-

INFORMACIONES SOCIALES

mía, puesto que el hombre persigue también bienes y valores de una esfera superior. Concebir la vida como algo movido solamente por el apetito de competencia, es inmoral; supone como fin supremo la acumulación indefinida de riquezas, siendo así que la adquisición de bienes debe estar regulada según las necesidades inherentes a la vida del hombre y de la sociedad. El deber de trabajar encuentra su justificación en la idea del bien común, o sea en una organización social que permita a cada hombre una existencia decorosa y libre. Por eso, hemos de ver en el trabajo, según indicaba Santo Tomás, un "officium", es decir, una función social por medio de la cual es creada la masa de bienes que luego se distribuye para satisfacer las necesidades individuales y familiares. La finalidad de crear riqueza, por tanto, es llegar a su distribución racional, o sea que toque a cada cual una parte proporcionada a la contribución que presta y a sus necesidades de vida.

Gestión Financiera del Seguro de Pensiones

Por ANTONIO ZELENKA

Tanto la exposición de los principios fundamentales de la seguridad social, cuanto, y aún más, el examen de las medidas concretas para la aplicación de estos principios, mucho se ha expresado, en lo referente a consideraciones de orden financiero. En esto no hay nada de extraño, por cuanto el funcionamiento de cada sistema de seguridad social, se traduce en operaciones financieras, que, determinando una redistribución de rentas, provocan considerables repercusiones en la vida económica.

Estas operaciones, además, determinan la situación financiera de la institución gestora, que sea cual fuere el sistema adoptado para asegurar su estabilidad financiera, debe estar siempre en capacidad de hacer frente a sus gastos inmediatos. En consecuencia, los aspectos financieros de la seguridad social no interesan solamente a los hombres de Estado, a los economistas y a los administradores de los organismos gestores, sino que revisten una importancia capital tanto para los beneficiarios cuanto para quienes están obligados directa e indirectamente — esto es en forma de contribuciones o por medio de impuestos—, a proporcionar los medios necesarios.

Los planes de financiamiento de las diversas formas de la seguridad social, los métodos para asegurar el equilibrio financiero de un ente gestor, la influencia directa o indirecta del funcionamiento de un sistema de seguridad social sobre el conjunto de la economía nacional y sobre los diversos sectores de élla, todos estos argumentos han sido comúnmente objeto de estudios y discusiones; por lo que se podría preguntar si en realidad, es posible agregar alguna cosa. Aún más, el simple hecho que los mismos problemas representan, cuanto más se examina un proyecto de ley importante o se trata de analizar los efectos directos e indirectos de la aplicación de un sistema de seguridad social, por lo menos prueba que a pesar de todos los estudios teóricos y prácticos, estamos lejos de alcanzar una solución general y definitivamente aceptada; y esta dificultad subsiste aún si se limita a un determinado país y a una determinada época.

Esta constatación no debe, por otra parte, sorprender, por que se debe admitir que el sistema de financiamiento de la seguridad social no deriva de simples consideraciones teóricas de orden técnico, sino que por el contrario está determinado, en definitiva, por factores ideológicos y

INFORMACIONES SOCIALES

políticos. La divergencia de opiniones sobre la mejor organización de las sociedades humanas bastan por sí mismas, para explicar la diversidad de opiniones sobre la tarea de la seguridad social, en la vida social, y la concepción que tenemos de tal tarea, determina la orientación del sistema financiero. Sobre el plano de la política concreta, los legisladores deben tener en cuenta no sólo sus preferencias ideológicas propias, sino aún la de su propia fuerza política y de la psicología de las masas de que son o desean ser representantes, y es por ello que las soluciones adoptadas no se inspiran exclusivamente en consideraciones de orden técnico.

También los técnicos no deben limitarse a elaborar, en la intimidad de sus estudios, las soluciones que crean mejores desde un punto de vista técnico, si bien esto ha de ser la primera y principal tarea; normalmente ellos deben hacer de modo que los datos del problema, el propio análisis y las determinantes de las soluciones propuestas sean de fácil comprensión, no sólo para los especialistas, sino para todos aquellos que se interesen o deben interesarse en estos argumentos. Ellos aportarán de este modo, su contribución a que las decisiones sean adoptadas con pleno conocimiento de causa y sean mejor comprendidas por aquellos a quienes se dirigen y han sido concebidas. Objeto de este artículo es tal asunto, que no aspira a ninguna perfección de orden técnico y evita, siempre que sea posible sin daño para la sustancia, toda tentación de adentrarse en cuestiones un tanto sútiles o complejas, para más bien limitarse a un solo aspecto que por sí mismo reviste importancia capital: el régimen financiero de un sistema de seguridad social.

Se entiende por **régimen financiero** de un esquema de seguridad social, el sistema de relaciones establecido entre los ingresos y los gastos de la institución gestora, con el fin de asegurar el equilibrio financiero. Precisamente, ante todo, los principios que caracterizan y permiten distinguir los diferentes regímenes que pueden ser adoptados para el financiamiento de las prestaciones de la seguridad social (o análogas de previsión), y en particular de las pensiones, sea en el cuadro de los seguros sociales, sea en el cuadro de un sistema completo y generalizado de seguridad social. A pesar de que todas las clasificaciones presentan necesariamente una cierta arbitrariedad y, aunque en la práctica, predominan generalmente las soluciones mixtas, la formulación de los principios que regulan determinados regímenes financieros, importantes y típicos, permiten mejor clarificar la selección entre las clases propuestas.

Consideremos en primer lugar, el **ahorro puro y simple**, es decir el sistema que consiste en acumular los abonos hechos por una persona, o en favor de ella, sobre su cuenta individual, y abonar el saldo de esta cuenta a la persona designada al verificarse determinados eventos, por ejemplo la invalidez, la vejez o la muerte. En el plano financiero, este sistema no presenta ninguna dificultad, por cuanto las obligaciones de la institución gestora para cada posición individual, corresponden al conjunto de los abonos efectuados por las posiciones. Por el contrario, este sistema no puede garantizar el nivel de protección que, en las diversas eventualidades, sería no sólo deseable sino necesario, porque no existe relación funcional alguna entre la suma acumulada en la cuenta individual y las necesidades producidas con motivo de la verificación del riesgo.

INFORMACIONES SOCIALES

Consideremos en segundo lugar, la fórmula financiera del **seguro individual**, fórmula característica, en la mayor parte de los casos, del seguro comercial. Aquí como en el caso del ahorro, los abonos individuales son determinantes del importe de las prestaciones, pero con la diferencia de que esta equivalencia no se refiere a los pagos efectivos, sino al valor probable (valor medio).

En efecto, en el seguro individual el valor probable del total de las primas abonadas merced a un contrato de seguro, es igual al valor probable de los compromisos que el instituto asegurador ha asumido, con el contrato. En determinados casos, las prestaciones otorgadas pueden ser superiores al importe que resultaría si las primas fuesen abonadas a una cuenta individual de ahorro. Pero, el instituto asegurador, basándose en la ley de los grandes números, procede a una compensación de tales pérdidas con las ganancias realizadas en los demás casos. Por tanto, el seguro individual puede garantizar gracias a la compensación, una protección más adecuada a las consecuencias económicas al acaecimiento de un riesgo.

Esta compensación se basa exclusivamente en criterios de orden financiero y prescinde de cualquier consideración de orden social. El principio financiero es el de la equivalencia individual de derechos y deberes, de tal modo que un riesgo más grave o más costoso, conlleva necesariamente, primas más elevadas. Consecuentemente, existe una estrecha correlación entre las primas y prestaciones, según la edad de inicio del aseguramiento, del estado de salud, etc., o bien, si se trata de prestaciones para sobrevivientes, según el estado de la familia del asegurado. En el plano financiero, el instituto asegurador, a pesar de las pérdidas en algunos casos individuales, no está necesariamente expuesto a un mayor egreso sobre el conjunto de las operaciones cumplidas. Por el contrario, un ligero aumento de primas calculadas según el principio de equivalencia individual o la selección de las bases de cálculo, permiten realizar en la práctica, un margen de seguridad suficiente como para garantizar al organismo asegurador, una gestión financiera activa.

Si se pasa ahora al **seguro social obligatorio**, se puede hacer mención, además, a las compensaciones de los riesgos, a la distribución de los gastos respectivos, lo que establece una solidaridad entre todos los asegurados, o dentro del ámbito de determinados grupos de asegurados. En consecuencia, no es el costo presunto de las prestaciones garantizadas a cada asegurado individualizado, lo que determina el importe de la prima debida al cotizante mismo. Para un determinado grupo de personas se fijan las contribuciones —y aparte de las otras entradas, tales como por ejemplo, las del Estado—, de manera que su valor probable sea igual al de las prestaciones aseguradas a las personas del grupo considerado, garantizando así el necesario equilibrio financiero. Por tanto el principio de la equivalencia individual que caracteriza al seguro comercial, ha sido sustituido en el seguro social, por el principio de la equivalencia colectiva. Si en la práctica no omite del todo la interdependencia entre contribuciones y prestaciones —de modo que es frecuente a menudo que contribuciones elevadas corresponden a prestaciones más altas— la subdivisión de los gastos entre los miembros del grupo, se inspira en consideraciones reclamadas a la justicia social y a la oportu-

INFORMACIONES SOCIALES

tunidad económica. Por tales motivos, se adopta un régimen financiero, que respetando la equivalencia colectiva de los derechos y de los deberes en el ámbito de un determinado grupo de personas, procede a una compensación de los gastos que prescinde de la equivalencia individual. Se podría decir que son propios el grado y la importancia de esta distribución que permiten apreciar el valor del término "social" en la expresión "seguro social". Evidentemente puede manifestarse no sólo en el importe de las contribuciones sino más aún a través del mecanismo de las prestaciones, y en particular, en las normas especiales aplicables durante el período inicial y transitorio, en favor de los asegurados que, por su avanzada edad en el momento de entrada en vigor de un sistema de seguro social, no han podido efectuar un normal y completo ciclo asegurativo.

Admitiendo como punto de partida el principio de la equivalencia colectiva, se puede concebir toda una serie de regímenes financieros, que se distinguen entre sí por la definición de los grupos dentro de los cuales debe ser establecida la equivalencia, o por las modalidades relativas a la cuota de contribución (por ejemplo la tasa constante), o por las combinaciones de estos dos factores. Algunas de estas combinaciones tienen solamente valor abstracto, y no son susceptibles de aplicación práctica; nos limitamos, por ello a tres soluciones que representan, en un cierto sentido, los casos límites más importantes para la comprensión de la cuestión.

Si el equilibrio financiero debe ser conseguido con una tasa de contribución constante, para toda la población asegurada inicial, se tiene el régimen financiero de la **prima media** calculada en la hipótesis del fondo asegurativo cerrado (caisse fermée).

Si el equilibrio financiero debe ser realizado por medio de una tasa de contribución constante para toda la duración del sistema, y para toda la totalidad de los asegurados iniciales y de las generaciones futuras, se tiene el régimen financiero de la prima media, calculada en la hipótesis de la perpetuidad del sistema, más conocido bajo la definición abreviada de régimen financiero de **prima media general**.

Si se limita a asegurar el equilibrio financiero para períodos relativamente breves —por ejemplo, un año—, es suficiente que el equilibrio entre entradas y salidas sea realizado en el ámbito de cada período individual. Cuando las salidas de un determinado período simplemente repartidas sobre la base de la modalidad preestablecida, entre todos los asegurados activos en el mismo período, el régimen financiero es llamado de **reparto simple**.

Partiendo de la hipótesis del fondo cerrado, se constata que la población inicial asegurada, disminuye constantemente hasta desaparecer por completo más adelante, cuando los elementos jóvenes alcanzan la edad de pensionamiento. Por el contrario, el número de beneficiarios se incrementa con la admisión de nuevos asegurados que se añaden a los pensionistas anteriores todavía en vida; el número de rentistas aumenta durante un período relativamente largo y comienza a disminuir mucho más tarde, para extinguirse del todo, tiempo después de la eliminación del último asegurado activo.

Luego, las entradas por contribuciones, en un sistema de tasa cons-

INFORMACIONES SOCIALES

tante, disminuyen regularmente, mientras las salidas por prestaciones aumentan en un cierto período y no comienzan a disminuir sino después de un tiempo relativamente lejano. De aquí deriva la necesidad de constituir una reserva técnica, que con los intereses primero, y con su consistencia en un segundo tiempo, debe proporcionar los medios para el otorgamiento de las prestaciones hasta la extinción de los derechos del último beneficiario.

La situación cambia cuando se pasa al régimen financiero de la prima media general. Las generaciones futuras ingresarán en el seguro con ritmo más o menos regular y este hecho se repetirá en toda la duración del sistema, prácticamente durante un período ilimitado. En tal caso, el número de los asegurados activos permanece constante, y por lo general tiende a aumentar en vez de disminuir. Igualmente el número de beneficiarios aumenta, al comienzo mucho más rápidamente hasta alcanzar en un cierto momento, que puede ser bastante lejano, una relativa estabilidad respecto a los asegurados activos. En consecuencia, los egresos por prestaciones tienden a aumentar, pero la intensidad de este aumento disminuye después de un período suficientemente largo; los recursos derivados de contribuciones, fijadas a una tasa constante, tienden a mantenerse estables, y por lo menos en teoría, no disminuyen jamás. De aquí resulta que este sistema implica, en la mayor parte de los casos, una acumulación de reservas técnicas constituidas por la excedencia de las entradas sobre las salidas durante un período inicial relativamente largo. Cuando el sistema ha alcanzado la madurez y la relación entre las salidas por prestaciones y los ingresos por contribuciones se estabiliza, el exceso de gastos respecto a las entradas será cubierto con los intereses de las reservas técnicas.

El régimen financiero de reparto simple no contempla reserva técnica alguna, porque la tasa contributiva es calculada para cada período, de tal modo que cubra con la mayor precisión posible, los egresos del mismo lapso. En la práctica, sucede una cierta disponibilidad de capital movable y son necesarias las reservas de seguridad para hacer frente a las imprevisibles variaciones, desfavorables para el órgano gestor, pero su función se limita a estos aspectos secundarios. Jamás intervienen en el plano financiero propiamente dicho, y el egreso por las prestaciones deberá ser cubierto exclusivamente por los recursos contributivos. En paridad de condiciones, la marcha de los gastos por pensiones y del número de asegurados activos es la misma que en las hipótesis precedentes. Se comprende, luego, como el régimen financiero de reparto no es posible en el caso del fondo abierto (caisse ouverte), y pertenece a un sistema de duración ilimitada. Es útil recordar esto cuando se examinan algunos casos particulares, tales como las bases financieras de un régimen con campo de aplicación limitado, o para el cual la garantía de una duración ilimitada no sea sancionada por un acto legislativo o en el que la población asegurada presenta características que hagan improbable la perpetuidad.

Se puede constatar que todos los regímenes financieros con exclusión del sistema de reparto, hacen asignación sobre los intereses de los

INFORMACIONES SOCIALES

capitales (1). En consecuencia, todos estos regímenes sufren las variaciones del tipo de interés, especialmente si se trata de variaciones sensibles y con tendencia secular.

Entre los regímenes financieros que contemplan una acumulación de capitales para constituir las reservas técnicas, sólo el de prima media general se limita a hacer asignación, para la cobertura de los gastos ordinarios sólo sobre los intereses producidos por las reservas técnicas; en otros términos, este sistema para el abono efectivo de las prestaciones, no utiliza el conjunto de los capitales acumulados. Por el contrario, tanto en el ahorro individual cuanto en el seguro individual y en el régimen de la prima media calculada en la hipótesis del fondo cerrado, no solamente los intereses, sino también los capitales mismos constituyen los medios para el efectivo otorgamiento de las prestaciones.

El mantenimiento del valor real de las prestaciones, en los regímenes financieros que contemplan una acumulación de capitales, podría ser garantizado automáticamente, y sin recurrir a nuevas fuentes complementarias, sólo en caso que el capital empleado y los intereses correspondientes conservaran su valor real propio.

En los regímenes de ahorro y de seguro individual, basados en el principio de la equivalencia individual entre derechos y obligaciones no es posible —sin la intervención de medidas complementarias extrañas a dichos regímenes—, tomar en cuenta consideraciones de orden social en la determinación de las prestaciones o primas. Las consideraciones sociales, pueden en cambio tenerse presentes en el mecanismo de las prestaciones o en el sistema contributivo, en los otros tres regímenes financieros, esto es en el de la prima media calculada en la hipótesis del fondo cerrado, de la prima media general y del de reparto.

Esta rápida descripción y la comparación entre los diversos sistemas financieros, nos permiten comprender mejor el funcionamiento de cada régimen y contemplar sus probables consecuencias sociales y económicas. Algunas son automáticas como la estabilidad o variación de la tasa de contribución y la acumulación de las reservas técnicas. Las otras son aleatorias y su realización o por lo menos su frecuencia e intensidad, se prestan difícilmente a previsiones lógicas: es el caso, por ejemplo del nivel general de desocupación o de las variaciones del poder adquisitivo de la moneda. Son propiamente consecuencias, seguras o aleatorias, que revisten una importancia capital para la selección de un régimen financiero, porque en teoría, cada una de las fórmulas descritas puede garantizar el equilibrio financiero de un sistema, a condición de que se acepten las consecuencias sociales y económicas no sólo desde los comienzos, sino aún en su vencimiento, pese a que tales consecuencias no pueden ser graduadas.

- (1) En teoría, el régimen financiero de **prima media general** puede, en algunos casos, —como por ejemplo en el de la completa equiparación de los períodos anteriores a la entrada en vigor del seguro a los períodos cubiertos y de la asunción a cargo de los riesgos verificados antes de esta fecha, combinados con la estabilidad de la población asegurada y del número de beneficiarios—, conducir igualmente a una situación en que la reserva técnica, en el verdadero sentido de la palabra, sea igual a cero.

INFORMACIONES SOCIALES

Por tanto, la investigación, en cada caso concreto de una fórmula de régimen financiero, cesa de ser exclusivamente una cuestión técnica, financiera o actuarial, para adoptar una conveniencia económica y una eficacia social de todo el sistema.

Anotemos ahora, que nada se opone a que un sistema de seguro de pensiones se fundamente, contemporáneamente, sobre dos esquemas financieros diferentes; y cada uno de ellos destinado a financiar determinados aspectos de las prestaciones. Por ejemplo, se puede concebir un sistema de pensiones compuesto por dos elementos: uno derivado de las contribuciones abonadas sobre la cuenta del asegurado y otro por un aumento con cargo a los fondos públicos. En un sistema de este tipo, el primer elemento es financiado como en el caso del seguro basado en la prima individual, mientras el aumento con cargo a fondos públicos es imputado *sic et simpliciter* al balance del Estado, cuya cobertura opera dentro de un régimen de reparto simple.

Para comprender mejor la capacidad práctica de los diversos regímenes financieros antes examinados, reseñaremos a continuación, los datos financieros relativos a un caso concreto. Como se trata de un caso teórico, necesariamente esquemático y simplificado, los cálculos efectuados en las hipótesis que cada régimen financiero permite mejor que un simple análisis descriptivo, con el fin de aclarar los conceptos expresados.

El caso particular para ser examinado, puede ser definido como sigue:

a) Se trata de un seguro de vejez que garantice a partir de los 65 años de edad, una renta vitalicia en anualidades anticipadas y de un monto igual al 60% del salario. La contribución, determinada en porcentaje del salario, igualmente es abonada en anualidad anticipada al ingreso del interesado en el seguro, hasta la muerte o al cumplimiento de los 65 años de edad. Admitamos que el salario sea fijo y no esté en relación con la edad del asegurado;

b) La población asegurada inicial es de 1'000,000 de personas, divididas por grupos de edad conforme al siguiente cuadro:

Edad	Número de asegurados
20 — 24	176,000
25 — 29	174,200
30 — 34	148,400
35 — 39	135,000
40 — 44	132,700
45 — 49	93,300
50 — 54	73,200
55 — 59	40,000
60 — 64	26,600

En la hipótesis de fondo abierto se supone que cada año se inscriben 33,000 nuevos asegurados de 20 años de edad;

c) La tasa de mortalidad es la de la "Tabla de Hommes-Jamaïque" 1945-47, y la tasa de interés actuarial es igual al 3.5%.

INFORMACIONES SOCIALES

Partiendo de estos datos, se constata ante todo, que en el seguro individual las primas netas necesarias para asegurar una renta vitalicia, cambian evidentemente según la edad como resulta del cuadro siguiente:

Edad inicial	Prima neta, en porcentaje del salario, necesario para corresponder una renta vitalicia igual al 60% del salario.
20	2.8
30	4.7
40	8.9
50	20.3
60	86.8

La prima media calculada en el caso del fondo cerrado —es decir en relación con la población asegurada inicial, sin tener en cuenta los ingresos futuros—, es igual a 8.4% del salario. Si se confronta este porcentaje con las primas individuales se puede anotar fácilmente el grado de solidaridad de los jóvenes hacia los asegurados de edad más avanzada.

La prima media general, calculada en la hipótesis de futuras entradas es igual al 5.3% del salario, y es menos de los dos tercios de la prima media correspondiente a la población asegurada inicial, considerada separadamente. Esta sensible reducción de la cuota está determinada por el hecho que, en el sistema de prima media general, se toma en cuenta también a los asegurados que ingresarán al régimen en edad joven, de modo que el notable gasto en el otorgamiento de pensiones a los asegurados inscritos inicialmente, que han llegado ya a edad avanzada, se reparte en un vasto número de jóvenes y más sobre la población asegurada inicial que sobre los futuros cotizantes.

En el régimen financiero de la repartición, las contribuciones varían como se indica a continuación:

Duración del sistema (en años)	Contribuciones anuales en porcentajes del salario
0	—
10	2.3
20	5.
30	7.5
40	9.
50	9.4
60	9.2
70 y más	9.1

INFORMACIONES SOCIALES

Como se ve, la tasa aumenta rápidamente y se estabiliza después en un nivel superior al de la prima para la población asegurada inicial, más aún, esta estabilización se verifica sólo después de muchos años, cuando en la práctica, todas las personas de la población afiliada inicial, han alcanzado la edad de pensión y cuando casi toda la población asegurada está ahora compuesta de nuevas generaciones, que forman parte del seguro en edad muy joven. Conviene recordar que los cálculos han sido efectuados en la hipótesis del fondo abierto, no siendo el régimen de repartición de otro modo concebible.

Completamos ahora estas reflexiones, especificando la renta que el ahorro individual podría producir en caso que sobre la cuenta de cada asegurado fuese acreditado, al comienzo de cada año, un importe igual al 5.3% de su salario, es decir un importe igual al de la prima media general:

Edad inicial del asegurado	Importe acumulado a los 65 años de edad en porcentaje del salario anual	Número de años en que sería posible erogarlo, al comienzo de cada año, una renta igual al 60% del salario anual.	Importe, en porcentaje del salario anual, disponible al fin del último año.
20	580.27	11	31
30	365.74	6	43
40	213.66	3	44
50	105.85	1	47
60	29.42	0	29

Al comparar estos datos con las primas individuales calculadas para la misma edad, no se debe olvidar el hecho que, en caso de muerte del asegurado antes de cumplir los 65 años de edad, el capital acumulado sobre su cuenta de ahorro, está a disposición de los herederos, quienes por el contrario en el caso del seguro individual, concluidas las condiciones antes mencionadas, no tendrían derecho a reembolso alguno.

De igual interés es el estudio de la organización de la situación financiera del órgano gestor, estudio que por simplicidad, limitaremos a los gastos por otorgamiento de pensiones, a los ingresos para el otorgamiento de pensiones, a las entradas por contribuciones y donde exista, a la reserva técnica.

Si se trata de un fondo cerrado —en el que la prima media es igual, como hemos constatado, al 8.4% del salario—, la situación se desarrolla de la siguiente manera:

INFORMACIONES SOCIALES

Ejercicio	Entradas anuales por contribuciones	Gastos anuales en el otorgamiento de pensiones	Reservas técnicas al fin del ejercicio.
1º	84.	- en millares (x)	86.9
6º	77.3	12.9	504.7
11º	69.6	26.	891.5
21º	50.	61.5	1,434.6
31º	28.1	92.5	1,509.9
41º	6.4	109.9	1,118.1
51º	—	70.2	352.7
61º	—	14.8	56.2
71º	—	0.6	1.1

(x).—En esta tabla y en las siguientes los datos se expresan en unidad de importe, igual a anualidad de salario.

De lo expuesto resulta que los ingresos por contribuciones disminuyen rápidamente, en cuanto la reducción que el número de los asegurados experimenta por efecto de los fallecidos y de los jubilados, no está compensada con nuevas entradas. Después de 45 años, en efecto, el número de los asegurados activos se reduce a cero. El número de pensionistas, en cambio, crece rápidamente hasta alcanzar la cifra máxima después de 45 años, y es precisamente en el momento en que los últimos asegurados activos dejan de oblar sus cuotas.

La reserva técnica se acumula rápidamente, por el exceso de las contribuciones sobre las prestaciones; en el curso del 18º ejercicio, los gastos por pensiones superan, por primera vez, las entradas por contribuciones, pero los intereses producidos por la reserva técnica hacen que este ejercicio, como diversos sucesivos, se cierra aún en activo. Después de 27 años de duración del sistema, los gastos por pensiones resultan superiores a los ingresos totales constituidos por contribuciones e intereses de la reserva técnica y ésta, por tanto, comienza a disminuir. Para mayor claridad, diremos que después del 28º año, la reserva técnica concurre a la cobertura de los gastos no sólo con los intereses, sino también en parte, con el capital. Después de 80 años el número de beneficiarios se reduce, prácticamente a cero y las operaciones de caja terminan.

En la hipótesis de fondo abierto que, como se ha visto, está basado en la perpetuidad del sistema, la prima media general es igual al 5.3% del salario.

El esquema financiero de la gestión resulta ser como se indica a continuación:

INFORMACIONES SOCIALES

Ejercicio	Entradas anuales por contribuciones	Gastos anuales por pensiones	Reservas técnicas al fin del ejercicio.
1º	52.7	—	54.5
6º	57.1	12.9	268.8
11º	60.7	26.	542.6
21º	64.3	61.5	1,015.4
31º	64.9	92.5	1,278.1
41º	64.4	109.9	1,392.1
51º	64.3	114.1	1,372.2
81º (º)	64.3	110.2	1,311.

(º) Período de régimen.

De este modo, el esquema se muestra sumamente diverso. Los ingresos por contribuciones aumentan progresivamente para estabilizarse después de 45 años, sobre un importe constante. Los gastos por pensiones son iguales a los indicados en el caso anterior para los primeros 45 años, en cuanto en tal período todos los pensionados procedían de la población asegurada inicial. Sucesivamente el número de beneficiarios, y en consecuencia, los gastos totales, después de algunas oscilaciones, se estabilizarán sobre valores constantes hacia el 80º ejercicio. Desde este momento, los gastos por pensiones resultarán equilibrados por los ingresos de conjunto provenientes en parte de las contribuciones y en parte de las utilidades de la reserva técnica.

En el caso de un régimen financiero de reparto, el gasto anual por pensiones sería análogo al del caso precedente, dado que por principio, los ingresos por contribuciones deberían ser iguales a los gastos, y no se formaría por tanto reserva técnica alguna.

Los diversos tipos de régimen financiero que hemos tomado en consideración, no son los únicos que se pueden hipotetizar. Ellos, por el contrario, ponen en clara evidencia los elementos que caracterizan un régimen financiero, distinguiéndolo de los otros. Recordemos que se trata siempre, para cada uno de los ejemplos anteriormente formulados, de hipótesis teóricas, en que todo lo que no es esencial se ha omitido para poner más en evidencia el principio base.

En calidad de práctica aplicación, convendría obviamente introducir otros factores cuya importancia a pesar de ser secundarios no se puede omitir enteramente, como son los gastos de administración, los márgenes de seguridad, la existencia de un fondo de rotación, etc.

Pero la selección de un régimen financiero depende, en sustancia, de las circunstancias sociales y económicas que caracterizan el momento en que tal selección se efectúa; cuando luego se trata de seguros, sociales obligatorios, ingresan en este campo, obviamente aquellas fuerzas políticas que representan en el país la mayoría.

INFORMACIONES SOCIALES

Puede también suceder que la urgente necesidad de una inmediata realización sobre el plano social, habida cuenta de la situación económica del momento, lleve a preferir un régimen financiero muy diverso de aquel que se adoptaría en circunstancias diferentes. Por otra parte, si la situación económica de un país requiere urgentemente de un desarrollo de las inversiones de capital nacional, se dará preferencia a un régimen financiero que permita acumular considerables reservas técnicas susceptibles de inversiones a largo plazo.

Un caso particular se verifica cuando sobre un sistema de seguro de pensiones, basado sobre un régimen financiero que contempla la acumulación de reservas técnicas, se desata una fuerte inflación que destruye el valor real de las reservas y de sus utilidades las que, como hemos constatado constituyen un elemento importante para el financiamiento de las prestaciones. En este caso, la necesidad de reevaluar las pensiones en curso hace, si no imposible, por lo menos difícil, el mantenimiento del régimen financiero originario. Y a ello no se oponen sólo aquellos bien comprensibles obstáculos psicológicos, que en un período de inflación, se anteponen a la formación de ahorro, sino también a consideraciones de oportunidad económica, de la que resulte el doble de gastos, derivados de la revaluación de las pensiones en curso y de la reconstitución de las reservas técnicas adecuadas para restablecer el régimen financiero, superando netamente las efectivas posibilidades de los sectores de la economía nacional, llamados a proporcionar los medios necesarios.

De aquí deriva que para un sistema de seguro de pensiones es en general, considerado como el más idóneo el régimen financiero mixto, que puede considerarse como una solución intermedia entre los regímenes de los tipos antes citados. En efecto, es más fácil reencontrar soluciones mixtas que se acerquen más o menos a uno u otro régimen tipo, que no soluciones que reproduzcan fielmente un modelo teórico. No existe alguna regla mágica aplicable en todos los casos, porque los factores determinantes cambian de un caso a otro. En efecto, una solución del todo justificada en un país, puede resultar poco adecuada para otro; un régimen financiero puede aparecer satisfactorio en una determinada época, pero el tiempo puede cambiar profundamente la situación; en un mismo país y en un mismo período, una fórmula apropiada para un sistema general, que comprende la población total o parte de ella, puede también no ser idónea para un sistema de seguro limitado a una categoría profesional o a una empresa.

En lo que concierne a las consideraciones técnicas sobre el régimen financiero de un sistema de seguro de pensiones, la situación es sensiblemente distinta, según se trate de un sistema en sus comienzos o bien ya próximo al período de régimen. Esta distinción no es idéntica a la de un régimen nuevo, en el momento de entrar en función, y uno de vieja institución, ya en vigencia desde largo tiempo. Un sistema nuevo, que concede pensiones sin período inicial de espera y también para todos los riesgos verificados antes de su entrada en vigor, y que, además, asimila a los períodos cubiertos por el seguro, los de ocupación anterior a la fecha (por tanto es la obtención del derecho a las prestaciones en cuanto a la determinación de su propio monto), está mucho más cer-

INFORMACIONES SOCIALES

cano al período de un sistema que, estando en vigor desde muchos años, determina el derecho a las prestaciones y a su propio monto en función de los períodos efectivamente cubiertos por el seguro.

Si se quiere realizar un régimen financiero que satisfaga las siguientes condiciones:

- 1) Pensiones de monto notable concedidas inmediatamente o después de un brevísimo período;
- 2) Tasa contributiva constante para períodos suficientemente largos; y
- 3) Reservas técnicas mínimas, pero susceptibles de inversiones a largo plazo.

Esto lleva a tomar en consideración el régimen de prima gradualmente creciente, que presenta las siguientes características:

- a) Alícuota contributiva determinada, para un período limitado pero suficientemente largo, de modo que las entradas previsibles del ente cubran los posibles gastos durante el mismo lapso;
- b) Cobertura de los gastos corrientes u ordinarios mediante los intereses únicamente de las reservas técnicas, excluyendo todo recurso a la utilización de los capitales acumulados.

En la práctica, la tasa de contribución se calcula haciendo referencia a un período arbitrariamente, pero lo suficientemente largo, por ejemplo 10 años, de modo que la contribución satisfaga las condiciones mencionadas en el párrafo a). Los gastos del instituto gestor, aumentarán rápidamente y al que no corresponden análogos aumentos de las entradas anuales.

Los primeros años de funcionamiento se cerrarán con los avances que permiten la formación de reservas técnicas, cuyos intereses se suman a las rentas normales por contribuciones. Cuando los ingresos totales, esto es la masa contributiva y los intereses de las reservas técnicas, resultan iguales a los gastos totales, la alícuota contributiva debe ser aumentada para satisfacer la condición mencionada en la letra b) anterior, y con el fin de evitar la disminución del capital constitutivo de las reservas técnicas.

El régimen financiero de la prima gradualmente creciente es un régimen mixto, que difiere del de prima media y del de reparto simple. A diferencia del régimen de prima media, contempla un aumento progresivo de la alícuota contributiva; y a diferencia del régimen de reparto simple, contempla la formación de reservas técnicas y hace inversiones sobre los intereses de dichas reservas para la cobertura de los gastos ordinarios.

Para una mejor comprensión, haremos ahora el cálculo de las contribuciones gradualmente crecientes para aplicar en la hipótesis precedentemente ilustrada. Si el período base durante el cual deben ser calculadas las primas, es fijado en 10 años, el porcentaje inicial resulta igual al 1.08% de los salarios. Esta es suficiente para cubrir el conjunto de los gastos en los primeros 10 años; después de 5 años, los gastos resultarán superiores a las entradas, por lo que sería necesario aumentar la tasa contributiva inicial. La nueva alícuota igualmente se calculará sobre la base de un período de 10 años, de modo que el total de las entradas, en el curso de los 10 años siguientes, igualará el total de los gastos del mismo lapso, y así sucesivamente.

INFORMACIONES SOCIALES

cano al período de un sistema que, estando en vigor desde muchos años, determina el derecho a las prestaciones y a su propio monto en función de los períodos efectivamente cubiertos por el seguro.

Si se quiere realizar un régimen financiero que satisfaga las siguientes condiciones:

- 1) Pensiones de monto notable concedidas inmediatamente o después de un brevísimo período;
- 2) Tasa contributiva constante para períodos suficientemente largos; y
- 3) Reservas técnicas mínimas, pero susceptibles de inversiones a largo plazo.

Esto lleva a tomar en consideración el régimen de prima gradualmente creciente, que presenta las siguientes características:

a) Alícuota contributiva determinada, para un período limitado pero suficientemente largo, de modo que las entradas previsible del ente cubran los posibles gastos durante el mismo lapso;

b) Cobertura de los gastos corrientes u ordinarios mediante los intereses únicamente de las reservas técnicas, excluyendo todo recurso a la utilización de los capitales acumulados.

En la práctica, la tasa de contribución se calcula haciendo referencia a un período arbitrariamente, pero lo suficientemente largo, por ejemplo 10 años, de modo que la contribución satisfaga las condiciones mencionadas en el párrafo a). Los gastos del instituto gestor, aumentarán rápidamente y al que no corresponden análogos aumentos de las entradas anuales.

Los primeros años de funcionamiento se cerrarán con los avances que permiten la formación de reservas técnicas, cuyos intereses se suman a las rentas normales por contribuciones. Cuando los ingresos totales, esto es la masa contributiva y los intereses de las reservas técnicas, resultan iguales a los gastos totales, la alícuota contributiva debe ser aumentada para satisfacer la condición mencionada en la letra b) anterior, y con el fin de evitar la disminución del capital constitutivo de las reservas técnicas.

El régimen financiero de la prima gradualmente creciente es un régimen mixto, que difiere del de prima media y del de reparto simple. A diferencia del régimen de prima media, contempla un aumento progresivo de la alícuota contributiva; y a diferencia del régimen de reparto simple, contempla la formación de reservas técnicas y hace inversiones sobre los intereses de dichas reservas para la cobertura de los gastos ordinarios.

Para una mejor comprensión, haremos ahora el cálculo de las contribuciones gradualmente crecientes para aplicar en la hipótesis precedentemente ilustrada. Si el período base durante el cual deben ser calculadas las primas, es fijado en 10 años, el porcentaje inicial resulta igual al 1.08% de los salarios. Esta es suficiente para cubrir el conjunto de los gastos en los primeros 10 años; después de 5 años, los gastos resultarán superiores a las entradas, por lo que sería necesario aumentar la tasa contributiva inicial. La nueva alícuota igualmente se calculará sobre la base de un período de 10 años, de modo que el total de las entradas, en el curso de los 10 años siguientes, igualará el total de los gastos del mismo lapso, y así sucesivamente.

INFORMACIONES SOCIALES

El cuadro que sigue expone la distribución del régimen en el curso de los años:

Período base	Alicuota contributiva en porcentaje del salario	Período de efectiva aplicación de la alicuota	Reserva técnica al comienzo de cada período
1º — 10 año	1.1	1 — 5º año	—
6 — 15 "	2.2	6 — 11 "	32.6
12 — 21 "	3.6	12 — 16 "	74.2
17 — 26 "	5.	17 — 22 "	119.6
23 — 32 "	6.4	23 — 27 "	171.6
28 — 37 "	7.1	28 — 33 "	206.5
34 — 43 "	7.9	34 — 38 "	227.4
39 — 48 "	8.5	39 — 42 "	255.2
43 "	8.6	43 "	270.8
período de régimen	8.3		270

El régimen de prima media gradualmente creciente, como el de reparto y el de prima media general, es posible sólo en la hipótesis de una duración ilimitada del sistema asegurativo.

Es un sistema muy flexible que consiente una vasta gama de soluciones; escogiendo un período base breve o largo, se puede alcanzar varias soluciones intermedias entre el régimen de reparto simple y el de prima media general. Si el período base es breve nos acercamos a la repartición; pero en cambio, si el período base se alarga, más se acerca al de prima media general. Tales consideraciones resultan más claras, si se observan los datos relativos a la misma hipótesis, referidas sin embargo a un período base de 20 años:

Período base	Tasa contributiva en porcentaje del salario	Período de efectiva aplicación de la tasa contributiva	Reserva técnica al comienzo de cada período
1 — 20 año	2.4	1 — 13 año	—
14 — 33 "	5.2	14 — 24 "	187.1
25 — 44 "	6.9	25 — 36 "	391.5
37 — 56 "	7.7	37 — 42 "	507.7
43 — 62 "	7.8	43 "	543.5
período de régimen	7.6		527.5

INFORMACIONES SOCIALES

La comparación de los porcentajes de contribución para los dos períodos base diferentes, con las correspondientes tasas del régimen de reparto simple y con la prima media general, muestra cómo el régimen de la prima gradual creciente se coloca entre los dos regímenes mencionados:

Ejercicio	Tasa contributiva en porcentaje del salario según el sistema financiero			
	Reparto simple	Prima gradual creciente		Prima media general
		Período base 10 años	Período base 20 años	
1º	—	1.1	2.4	5.3
6º	1.2	2.2	2.4	” ”
11	2.3	3.6	2.4	” ”
21	5.	5.	5.2	” ”
31	7.5	7.1	6.9	” ”
41	9.	8.5	7.7	” ”
51	9.4	8.6	7.8	” ”
período de régimen	9.1	8.3	7.5	” ”

Interesante resulta hacer una comparación entre la consistencia de las reservas técnicas que van a formarse según las hipótesis:

Ejercicio	Reservas técnicas al fin del ejercicio en millares de anualidad de salario.			
	Reparto Simple	Prima gradual creciente		Prima media general
		Período base 10 años	Período base 20 años	
1º	—	10.9º	24.3	54.5
6	—	44.3	122.3	268.8
11	—	74.2	181.7	542.6
21	—	171.1	371.1	1,015.4
31	—	225.8	483.8	1,278.1
41	—	269.8	542.2	1,392.1
51	—	276.4	527.8	1,372.1
período de régimen	—	270.	527.5	1,311.

En la aplicación práctica podría ser oportuno un período de base inicial más largo que los períodos base sucesivos. Ello podría ser particularmente justificado si el sistema contemplara un rápido aumento

INFORMACIONES SOCIALES

en los gastos y si quisiera no obstante, evitar aumentos frecuentes y sensibles de la alícuota contributiva.

La experiencia muestra que en la práctica cada sistema de seguro social tiene necesidad periódicamente de fundamentales modificaciones para estar a tono con el progreso social y económico. Estas modificaciones conciernen, evidentemente, a las normas relativas a las salidas y a las entradas; todavía, es mucho más fácil realizar tales modificaciones si las líneas directrices del sistema pueden mantenerse y seguirse en las sucesivas modificaciones. El régimen de la prima gradual creciente, responde a esta necesidad, resultando en numerosos casos, el régimen preferible.

Para concluir, recordemos ahora que la selección de una u otra fórmula puede ser efectuada sólo después de un profundo examen del conjunto de las respectivas consecuencias económicas y sociales, y que se debe tener en cuenta no solamente la incidencia inmediata, sino también las repercusiones a largo plazo.

(Transcripción de la revista "PREVIDENZA SOCIALE" I. N. P. S. año XIV, fascículo 6, noviembre-diciembre 1958, Pág. 1345 a 1363, Roma, Italia).

—oOo—

Boletín Institucional

ANIVERSARIO DEL FALLECIMIENTO DEL DOCTOR EDGARDO REBAGLIATI

El 18 de febrero último, se cumplió el primer aniversario del sensible deceso del que fuera en vida doctor Edgardo Rebagliati Martins, preclaro hombre público y prestante figura de la Seguridad Social Internacional, cuyas singulares condiciones, demostradas a través de las instituciones públicas que creara, organizara y dirigiera por largos períodos, y a las que supo imprimir las huellas de la brillantez de su intelecto, espíritu de trabajo y dinamismo, hicieron que al producirse su prematura desaparición fuese ella considerada como una verdadera pérdida para el Perú.

En el año 1953, cuando ya el prestigio de Rebagliati como intelectual y estudioso había trascendido el ámbito profesional para alcanzar dimensión nacional, recibió del ilustre estadista, el entonces General Oscar R. Benavides, Presidente de la República, el encargo de implantar el Seguro Social Obrero en el país.

En cumplimiento de esta misión viaja a Chile, donde recoge la experiencia y los avances obtenidos en el campo de la Previsión Social, acometiendo a su regreso la labor de preparar el proyecto de ley del Seguro Social Obrero Obligatorio, trabajo que se inspiró no sólo en la ley chilena de la que incorporó lo útil y factible, desechando o reformando lo inoperante, sino también en los textos legislativos de naciones europeas con una amplia experiencia en esta rama, como fueron los de Alemania, Francia e Italia.

Regularon también esta tarea: a) los principios generales de la previsión social; b) las Convenciones de las Conferencias Internacionales de Trabajo adoptadas a esa fecha con relación a los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte; c) el informe preliminar de la Oficina Internacional del Trabajo para la discusión ante la XVI Conferencia, en primera lectura, del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, además de otros elementos concurrentes nacionales, como fueron la Estadística General del Trabajo y la especial por cultivos, así como la formación de tablas de invalidez, vejez, mortalidad y morbilidad.

El proyecto antedicho alcanzó sanción legislativa bajo la ley Nº 8433, que fue promulgada el 12 de agosto de 1936, y modificada posteriormente en algunos aspectos de su contenido inicial por la ley Nº 8509, de la que también fue autor el doctor Rebagliati, y por las que se estableció en forma obligatoria dicho sistema de previsión en favor de los trabajadores asalariados de la industria, el comercio y la agricultura del país.

INFORMACIONES SOCIALES

Resulta obvio expresar las grandes dificultades, resistencias e incomprendimientos confrontadas por parte de los sectores interesados (patrones y obreros) las que hubo de superar para poner en funcionamiento nuestra ley, planeando y ejecutando al mismo tiempo una vasta red de establecimientos nosocomiales propios, en los que deberían deferirse las prestaciones del seguro de enfermedad, sistema este que constituyó una innovación en esa época y que luego ha sido invocado como ejemplo. Fue el 2 de febrero de 1941 en que Rebagliati pudo conseguir al fin, pese a todos los imponderables, que la citada ley encontrase su plena vigencia, a través de la inauguración, en esa fecha, de los Hospitales Obreros de Lima, Callao e Ica, en los que se comenzaron a otorgar a los asegurados, en óptimas condiciones, los servicios sanitarios del riesgo de enfermedad.

En 1948, el doctor Rebagliati vuelve a ser llamado por el Supremo Gobierno para elaborar la ley de creación del Seguro Social del Empleo Público y Particular, planeando y poniendo en marcha su organización y funcionamiento.

Obra suya fue también la Ley N° 11321 promulgada el 24 de marzo de 1950, que al aumentar los recursos de la Caja Nacional de Seguro Social Obrero, mediante la elevación de los aportes de los directamente obligados, amplía como contrapartida las prestaciones en dinero de los riesgos tutelados.

Nominado Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, en agosto de 1950, corrobora sus éxitos y confirma sus empeños preparando la ley que crea el Fondo de Salud y Bienestar Social, que él mismo puso en ejecución con óptimo resultado, pese a la amplitud de sus objetivos que abarcan los aspectos de la salud pública, asistencia, vivienda, etc.

En marzo de 1953, fue designado Embajador del Perú en la República de México y posteriormente en el Uruguay, en el ejercicio de cuyos cargos supo reafirmar sus relevantes dotes personales en beneficio del país.

Motivos de salud lo impulsaron a renunciar a este último cargo y volver al Perú, donde desempeñó con singular eficiencia, hasta poco antes de su fallecimiento, la Asesoría Técnica de nuestra Institución.

La Revista "Informaciones Sociales", asociándose en esta fecha conmemorativa al justo dolor de sus familiares, se permite renovarles con tal motivo, las expresiones de su sentimiento por la irreparable pérdida del ilustre Maestro.

NUEVO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA INSTITUCION

En virtud de lo dispuesto por la Resolución Ministerial correspondiente, expedida por el Ramo de Salud Pública, fue incorporado al Consejo Directivo de la Institución, con fecha 19 de febrero último, el doctor Alfredo Lynch Cordero, Director de Servicios Técnicos Normativos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en remplazo del doctor Julio Muñoz Puglisevich, Director General de Salud.

Como antecedente de este cambio se debe recordar que la Ley del Presupuesto vigente, N° 13055, precisa en la segunda parte de su artículo 33°, que ningún funcionario podrá representar a su Ministerio



INFORMACIONES SOCIALES

en más de dos Comisiones, Directorios o Consejos Superiores de Organismo alguno de la Administración Pública, de los que pudiera percibir asignación.

De conformidad con ello, por Resolución Suprema de 11 de febrero, se dispuso que en caso de impedimento de los funcionarios titulares del Ministerio de Salud Pública llamados por la ley, podrían ellos ser sustituidos en el curso del presente año por otros, previa la Resolución Ministerial del caso. Es por esto, que encontrándose el Director de Salud Pública en la situación expuesta, ha sido remplazado por el de Servicios Técnicos Normativos, doctor Lynch, quien al ser incorporado a nuestro Consejo Directivo y recibir las congratulaciones de sus miembros, reafirmó su especial propósito de colaboración para el mejor éxito de las gestiones a las que se encuentra actualmente abocado el Directorio, en beneficio de la Caja.

REAJUSTE DE TARIFAS POR SERVICIOS ASISTENCIALES

Como es conocido, la Institución mantiene desde 1949, servicios coordinados con el Hospital Sanatorio N° 1 de Bravo Chico, para la atención de sus asegurados enfermos de tuberculosis.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del que depende el establecimiento asistencial en referencia, cursó recientemente comunicación a la Caja solicitando, por las razones que en ella invocaba, el reajuste de las tarifas vigentes.

Haciendo mérito a este pedido, nuestro Directorio, previos los estudios del caso, ha acordado elevar la estancia-paciente-día a la suma de S/. 55.00, contemplando también la posibilidad de continuar el tratamiento ambulatorio en dicho nosocomio, de los afiliados a quienes se les ha dado de alta.

Asimismo, y en virtud de la solicitud formulada por la Negociación Agrícola Chicama, se acordó, deferiendo a ella, aumentar a partir del 1° de enero de 1959, las tasas de las estancias causadas por nuestros asegurados en el Hospital de la Hacienda Casa-Grande de propiedad de dicha Compañía, de S/. 20.00, S/. 30.00 diarios, así como elevar el valor de las consultas externas de S/. 5.00 a S/. 7.00, igualmente desde esa fecha.

XVI PROMOCION DE ENFERMERAS DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

Con asistencia del doctor Andrés Bello, Director de Areas de Salud del Ministerio de Salud Pública, quien concurrió en representación del señor Ministro, doctor Francisco Sánchez Moreno, se realizó el día 4 de marzo del año en curso, en el Auditorio del Hospital Obrero de Lima, la ceremonia de graduación y entrega de diplomas a la décimosexta promoción de Enfermeras de la Caja Nacional de Seguro Social, integrada por 18 profesionales que egresan después de haber concluido sus tres años de estudios académicos, con especial incidencia en el aspecto práctico, habiendo acordado vincular su nombre al del Gerente de la Institución doctor Carlos Lazarte Echegaray, quien también estuvo pre-



BICENTENARIO
PERÚ 2021



SECRETARÍA GENERAL
Oficina de Servicios de la Información
Archivo Central



**Promoción de Enfermeras de la Caja Nacional de Seguro Social Obrero, "Carlos Lazarte Eche-
garay", graduada el 4 de marzo de 1959.**

INFORMACIONES SOCIALES

sente en dicho acto, conjuntamente con el señor Manuel Rivera Zapata, Superintendente General de Hospitales, el Director de dicho Nosocomio, doctor Juan Philipps, funcionarios, profesionales y numeroso público.

Se inició la actuación con el Himno Nacional, habiendo hecho uso de la palabra a continuación el señor Rivera Zapata, quien expresó su satisfacción por esta ceremonia de graduación, e hizo un recuento de las principales actividades de la Escuela felicitando a las integrantes de la promoción por la honrosa profesión que han obtenido.

Después de la entrega de diplomas y juramento de las nuevas enfermeras, la señorita Rosa Chávez Sánchez, pronunció emocionadas frases de despedida, expresando el agradecimiento de sus compañeras y el suyo propio a las autoridades de la Caja, por las facilidades que se les había proporcionado durante su formación técnica, remarcando la importancia y trascendencia de la profesión adquirida, que se proyecta sobre la humanidad doliente.

Terminó agradeciendo al Gerente de la Institución, doctor Carlos Lazarte Echegaray, por haber accedido a que se vinculara su nombre al de la promoción, lo que dijo, suponía un compromiso de superación.

Concluyó la ceremonia con las palabras pronunciadas, a nombre del señor Ministro de Salud Pública, por el doctor Andrés Bello quien felicitó a las señoritas graduadas, destacando la noble función que les corresponde como enfermeras.

SERVICIOS COORDINADOS PARA LOS ASEGURADOS EN LA PROVINCIA DE HUANCAYO

Por Resolución Ministerial de 24 de marzo último, fue aprobado el contrato celebrado entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y nuestra Institución, para el otorgamiento a los asegurados de la Zona del rubro, en el Hospital Daniel A. Carrión de esa localidad, de las prestaciones en especie y dinero debidas en el seguro de enfermedad-maternidad.

Conforme a dicho Convenio, corresponde al referido Ministerio deferir a los afiliados en dicho Nosocomio, mediante una contraprestación en metálico por parte de la Caja, la asistencia médica, odontológica y obstétrica, hospitalización, consultas externas, atención médica rural, medicamentos y subsidios en dinero en la forma y amplitud que nuestra ley establece, corriendo a cargo de la Institución la cobertura de los riesgos de invalidez y vejez, así como la asignación de gastos de funeral y pago de capital de defunción.

Se dispone asimismo, que la Caja organizará sus servicios administrativos de inscripción y control de asegurados, debiendo acordar con el Director del Hospital en referencia, las normas requeridas para el mejor cumplimiento de dicho Contrato. Se conviene, igualmente, que nuestra Institución se obliga a vender a dicho establecimiento asistencial, medicamentos y material médico a precio de costo, en especial la producción de su laboratorio, comprometiéndose también a facilitarle una ambulancia para su uso.

Con el objeto de propender a una asistencia más eficiente, de acuerdo con las necesidades del servicio, la Caja contribuirá, en las condi-

INFORMACIONES SOCIALES

cciones que se establezcan oportunamente, a la ampliación de los consultorios y servicios auxiliares del Hospital Carrión.

Este Contrato tendrá un período de vigencia de un año, pudiendo ser renovado por acuerdo de las partes.

Garantiza así nuestra Institución, una asistencia de óptima calidad a los asegurados de la provincia de Huancayo, cumpliendo de esta forma la finalidad para la que fuera creada.

PRESTAMOS OTORGADOS POR EL FONDO DE EMPLEADOS

De acuerdo con el Reglamento respectivo, el Comité de Préstamos Hipotecarios, ha aprobado, en el presente trimestre, un total de 39 solicitudes para la adquisición de viviendas para empleados, por un monto de S/. 2'998,486.14, así como 18 ampliaciones por la suma de S/. 490,402.32, lo que produce un egreso total de S/. 3'488,888.46, en el lapso indicado.

MOVIMIENTO DE ASEGURADOS AL 30 DE MARZO DE 1959

Según datos proporcionados por nuestro Departamento de Afiliados, durante los 3 primeros meses del presente año, han sido extendidas 203 libretas duplicadas, habiéndose canjeado 264,623. Igualmente, se otorgaron 78,798 carnets de identidad a otros tantos asegurados. En lo que se refiere a inscripciones, se han registrado como nuevos afiliados 14,024, habiendo reingresado 4,037. Asimismo, se ha operado en ese lapso la rectificación de 4,864 libretas y el remplazo de 287. Resulta de interés mencionar también que del total de 289,684 asegurados activos registrados en ese período, corresponde a la zona de Lima 136,166, cifra ligeramente inferior al 50% de dicho monto.

Información Nacional

PROYECTO PARLAMENTARIO SOBRE EL DELITO DE ABANDONO DE FAMILIA

En sesión de 5 de marzo último, la Cámara de Diputados **aprobó** un proyecto de ley que sanciona el delito de abandono de familia. Tuvo en cuenta esa importante rama del Parlamento Nacional, para aprobarlo las razones aducidas en la exposición de motivos de dicho proyecto, entre las que cabe citar la inobservancia de las obligaciones alimenticias a cargo de los progenitores, cuya gran frecuencia ha sido señalada constantemente por escritores, jueces y articulistas. El texto del mencionado proyecto es el siguiente:

“Artículo 1º.—El que teniendo obligación de prestar alimentos a un menor, de menos de 18 años de edad, que está bajo su patria potestad, tutela u otra forma de dependencia, al ascendiente inválido o necesitado, al cónyuge indigente no separado legalmente por su culpa, se sustrajera intencionalmente de su cumplimiento, será reprimido con prisión no menor de un mes ni mayor de dos años o multa de 600.00 a 10,000.00 soles oro, sin perjuicio de exigírsele el cumplimiento de su obligación alimentaria.

La pena será de penitenciaría o prisión no mayor de 6 años, si como consecuencia directa del estado de abandono familiar, sobreviniere algún daño grave o la muerte de la persona desamparada.

Las multas que por este concepto se perciban, se aplicarán a la creación y sostenimiento de Hogares de Menores en la República, fondos que se depositarán en una cuenta especial que se abrirá en la Caja de Depósitos y Consignaciones, bajo la denominación de “Hogares de Menores”.

Artículo 2º.—Se impondrá pena de prisión no menor de un mes ni mayor de un año, o multa de S/. 600.00 a S/. 5,000.00, al que sin justa causa, no cumpla su obligación alimentaria con la mujer que ha embarazado en manifiesta convivencia.

Artículo 3º.—El que con ánimo de sustraerse de su obligación alimentaria abandonara a un menor en una casa de expositos o en otros establecimientos similares, o lo entregara a otra persona para su explotación, será reprimido con prisión no menor de un mes ni mayor de un año.

INFORMACIONES SOCIALES

Artículo 4º.—El derecho a formular denuncia por la comisión de los delitos mencionados en los artículos anteriores, corresponde a las personas enumeradas en el segundo acápite del artículo 75º del Código de Procedimientos Penales y a los Directores de Establecimientos mencionados en el artículo 3º o a la persona en cuyo poder esté el menor.

Artículo 5º.—Para la interposición de la denuncia, en los casos previstos en el artículo 1º, se requiere resolución que señale asignación provisional de alimentos o sentencia en el juicio correspondiente y que el obligado no cumpla después de haber sido requerido bajo apercibimiento, o simule otro proceso de alimentos en connivencia con un tercero, renuncie o abandone maliciosamente su trabajo.

En estos casos, es juez competente el del lugar donde se sigue el proceso civil.

Artículo 6º.—En los mismos casos señalados en el artículo precedente, y que siempre se trate del incumplimiento de la obligación de prestar alimentos, se cortará el proceso por desestimiento del agraviado, si éste fuera persona capaz, o se remitirá la pena si el inculpaado paga las pensiones adeudadas y garantiza las futuras en forma satisfactoria a juicio del juez.

En los delitos de abandono de familia, procederá libertad provisional bajo caución, siempre que el obligado cancele la asignación provisional o los devengados en caso de sentencia.

Se cancelará este beneficio, además de lo prescrito en el Código de Procedimientos Penales, si el responsable incumple nuevamente con su obligación alimentaria. Si el encausado cumple su obligación alimentaria, procede la condena condicional”.

TERCERA CONFERENCIA TECNICA REGIONAL DE SALUD PUBLICA

Bajo los auspicios de la División de Salud de la Administración de Cooperación Internacional y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se efectuó en Lima, entre los días 25 de febrero y 7 de marzo último, la III Conferencia Técnica Regional de Salud Pública, con la concurrencia de más de 50 técnicos en higiene pública, médicos, investigadores y estudiosos provenientes de 18 naciones latinoamericanas.

Constituyó propósito fundamental del certamen la discusión de los planes y programas de todos los servicios cooperativos interamericanos de salud pública, cualquiera que ellos fueren, con la finalidad concreta de señalar una política general aplicable a todos los países que posean características similares, o donde actúen las mismas causas y factores.

La ceremonia oficial de inauguración se llevó a cabo el día 1º de marzo en el Salón de las Américas del Palacio Municipal, a la que concurrieron los Ministros de Salud Pública de Guatemala, Colombia, Ni-

INFORMACIONES SOCIALES

caragua y Perú, así como gran número de delegados y técnicos en salud pública. El discurso de bienvenida estuvo a cargo del doctor Eugene F. Campbell, Director Jefe de la División de Salud Pública de la Administración de Cooperación Internacional.

Usaron también de la palabra, el doctor Frederick J. Vintinner, Director del Servicio Cooperativo de Salud Pública; el doctor Vance Rogers, Director del USOM, el doctor John Porterfield, el doctor Carlos Gonzáles, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y el Embajador de los Estados Unidos en el Perú señor Theodore Achilles. Se cerró el acto con el discurso pronunciado por el doctor Francisco Sánchez Moreno, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, quien en nombre del señor Presidente Constitucional de la República doctor Manuel Prado, declaró inaugurada la Conferencia.

REFORMAS EN EL SISTEMA LABORAL DEL PUERTO DEL CALLAO

Por Decreto Supremo N° 14 de 11 de febrero del presente año, el Supremo Gobierno ha introducido numerosas reformas en el régimen de trabajo actualmente vigente entre los estibadores del Puerto del Callao, las mismas que a continuación reseñamos en forma sumaria:

1º.—Los estibadores supernumerarios se incorporarán al Gremio de Estibadores del Cabotaje Mayor del Callao, a partir de la fecha de dación del Decreto citado, quedando así suprimido el primer gremio mencionado.

2º.—Cesarán en el trabajo los supernumerarios que no reúnan las condiciones requeridas para ingresar al gremio aludido.

3º.—La tarifa que perciben los estibadores, se elevará en un 26.125 %, porcentaje que se aplicará al salario dominical, horas de espera y salarios mínimos diurnos y nocturnos.

4º.—Suspensión de las cuadrillas por tres turnos, si los nombrados no movilizan normalmente el tonelaje de carga en razón directa del tipo y siempre que ello sea materia de reclamo por parte de las Compañías de Vapores.

5º.—Registro y extensión de una tarjeta de identidad a todos los estibadores, labor que correrá a cargo de la Comisión Controladora del Trabajo Marítimo, siendo exigible este documento para el cumplimiento de las labores, en la puerta del cerco de seguridad proyectado y en la escala de las naves.

6º.—Sólo se aceptarán reemplazos de los estibadores, en los casos de enfermedad debidamente comprobada por el médico designado por la Comisión Controladora del Trabajo Marítimo y en tanto se disponga la incorporación de los estibadores del Callao a un régimen de seguridad social. Obligatoriamente el reemplazante deberá ser otro estibador.

7º.—No se cubrirá en el futuro las vacantes que se produzcan en el gremio de estibadores matriculados del Puerto del Callao.

8º.—Las labores que anteriormente efectuaba el gremio de supernumerarios (embarque de minerales, rastra y paleo, embarque y desembarque de naves del Cabotaje menor, etc.) serán realizadas por el Gremio de Estibadores Matriculados.

INFORMACIONES SOCIALES

9º.—La constitución de las cuadrillas en las labores actuales del Puerto, será la siguiente:

a).—Para embarque de minerales en sacos para su corte y vaceo a bordo: **en tierra:** 6 estibadores y 2 carpinteros barredores; **a bordo:** 18 estibadores en bodega y 3 en cubierta.

b).—Embarque de minerales a granel en chinguillos: **en tierra** 12 estibadores y 1 carpintero; **a bordo:** 4 estibadores en bodegas y 3 en cubierta.

10º.—La Autoridad Portuaria del Callao asumirá en el ámbito de su jurisdicción, todos los servicios que venían realizando los supernumerarios hasta la fecha de este Decreto Supremo, con excepción de las labores mencionadas en el numeral 7º.

11º.—El límite máximo mensual de trabajo para cada estibador, se fija en 26 turnos; en tal virtud, se ha facultado a la Comisión Controladora del Trabajo Marítimo para proponer la reducción del número de hombres que componen las cuadrillas, considerando la exclusividad del servicio que prestan los estibadores en las labores de descarga y embarque.

12º.—Tanto la Comisión Controladora del Trabajo Marítimo, como la Autoridad Portuaria del Callao formularán en el plazo máximo de 90 días, contados a partir de la fecha del presente Decreto, los planes generales de reorganización integral del trabajo portuario, así como las modalidades de pago semanal de jornales ganados por los trabajadores marítimos del Puerto del Callao.

NIVELACION DE PENSIONES EN EL RAMO DE EDUCACION

La Cámara Alta del Parlamento Nacional, en su sesión de 23 de marzo último, ha aprobado un proyecto por el que se nivela las pensiones de los maestros jubilados y cesantes, en relación con el haber que perciben actualmente los que se encuentra en actividad.

El artículo 1º del proyecto aprobado dispone que las "actuales pensiones de jubilación y de cesantía de los maestros, variarán en concordancia con las modificaciones de la escala de sueldos correspondientes a la situación de actividad, renovándose las respectivas cédulas cada vez que se aumente el monto de aquéllos, en la proporción que corresponda a su tiempo de servicios, cualquiera que sea la fecha de expedición de su cédula de cesantía o de jubilación".

El proyecto aprobado beneficia a los Directores y Maestros primarios de todas las categorías; a los Directores y Profesores de segunda enseñanza, técnica, normal, artística y física; a los Rectores y Catedráticos de las Universidades Nacionales; a los Directores y Profesores de las Escuelas Especiales del Estado; a los maestros y profesores de todas las categorías que desempeñen labores técnico-administrativas; y a los Directores y Profesores que cuenten con 25 o más años de servicios prestados conjuntamente a la enseñanza oficial y particular, conforme a lo dispuesto por las leyes N°s. 10322 y 10756.

En el caso de los cesantes, cuyo tiempo de servicios oscila entre los 20 y 24 años, sus pensiones serán aumentadas sobre la base del 50%

INFORMACIONES SOCIALES

de la diferencia existente entre la renta que perciben y el haber de actividad reduciéndose este porcentaje al 40% para aquellos que hayan servido entre 15 y 19 años, y el 30% para los que tengan de 7 a 14 años.

De conformidad con los cálculos realizados, el egreso correspondiente a esta nivelación, será aproximadamente 32 millones de soles anuales, suma que será cubierta mediante un impuesto de 8% que abonarán los pensionistas y otros del 4% aplicable a todos los miembros del magisterio en actividad.

—oOo—

Información Extranjera

ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO

Ratificación de Convenios

El Director General de la O.I.T. ha registrado, en las fechas que a continuación se indican, las siguientes ratificaciones de convenios internacionales de trabajo:

República Árabe Unida (RAU 23-10-58)—Convenios sobre la abolición del trabajo forzoso (1957) y sobre el descanso semanal (comercio y oficinas) (1957).

(18 12-58) Convenios sobre la abolición de las sanciones penales (trabajadores indígenas, 1955), ratificado por Siria antes de la proclamación de la RAU.

Cuba (30-12-58).— Convenio sobre las plantaciones, 1958.

Ghana (15-12-58).— Convenios sobre la abolición del trabajo forzoso (1958), descanso semanal en el comercio y oficinas (1957), poblaciones indígenas y tribuales (1957).

Luxemburgo (15-12-58).— Convenio sobre las agencias retribuidas de colocación (revisado, 1949).

República Árabe Unida (RAU) 14-12-58.— Convenio sobre las poblaciones indígenas y tribuales (1957).

Israel (12-1-59) Convenios sobre la protección del salario (1949) y sobre la discriminación (empleo y ocupaciones, 1958).

Túnez (12-1-59) Convenios sobre el trabajo nocturno de los menores (industria, 1919), enfermedades profesionales (1925), prescripciones de seguridad (edificación 1937), métodos de fijación de salarios mínimos (agricultura) (1951), y abolición del trabajo forzoso (1957).

Aplicación de Convenios

Reino Unido (21-10-58)—Declaración de aplicación a los territorios de Basutolandia, Protectorado de Bechuanalandia y Suazilandia, del Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso (1957).

(16-12-58).— Declaraciones de aplicación de determinados convenios internacionales del trabajo a numerosos territorios no metropolitanos del Reino Unido: Inspección del trabajo, Cláusulas de trabajo, Trabajadores migrantes, Seguridad social, (norma mínima) Seguro de enfermedad de la gente de mar, Libertad sindical y protección del derecho de sindicación, Derecho de sindicación y negociación colectiva, Métodos de fijación de salarios mínimos en la agricultura, Edad mí-

INFORMACIONES SOCIALES

nima, Examen médico de los menores, Indemnizaciones por accidentes de trabajo, Igualdad de trato (accidentes de trabajo), Edad mínima para el trabajo marítimo, etc.

Denuncia de Convenios

Reino Unido (4-12-58).— Convenio sobre las fábricas de vidrio (1934).

140ª Reunión del Consejo de Administración

El Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, celebró en Ginebra entre los días 18 a 21 de noviembre de 1958, su 140ª Reunión, bajo la presidencia del señor J. A. Barboza Carneiro, de Brasil y con la asistencia de representantes gubernamentales, empleadores y trabajadores y de organismos internacionales.

Entre otras cuestiones examinadas, aprobó el siguiente temario de la 44ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, que deberá celebrarse en 1960:

- I.—Memoria del Director General.
- II.—Cuestiones financieras y de presupuesto.
- III.—Informaciones y Memorias sobre aplicación de Convenios y Recomendaciones.
- IV.—La protección de los trabajadores contra las radiaciones.
- V.—Colaboración entre las autoridades públicas y las organizaciones de empleadores y de trabajadores, en el ámbito industrial y nacional.
- VI.—La contribución de la O.I.T. para elevar los ingresos y mejorar las condiciones de vida de las comunidades rurales, con especial referencia a los países en vías de desarrollo (discusión general).
- VII.—La reducción de la duración del trabajo.
- VIII.—La vivienda obrera.

Igualmente, en la Reunión anotada, se ha dispuesto la creación de tres comisiones técnicas: a).— de Organización y Métodos; b).— Médico-social; y c).— de Actuarios y Estadígrafos. Estas comisiones técnicas, se integrarán de común acuerdo entre los presidentes de la AISS y del CISS, actuando en colaboración directa con los organismos internacionales interesados.

Finalmente se ha contemplado la celebración, en el año 1960, de un Seminario sobre Financiamiento de la Seguridad Social, que incluirá como punto especial el estudio de las inversiones de las reservas para mantener su valor real y sus rendimientos.

CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

VIII Reunión del Comité Permanente

Del 22 al 25 de setiembre de 1958, tuvo lugar en México, D.F., la VIII Reunión del Comité Permanente Interamericano de Seguridad So-

INFORMACIONES SOCIALES

cial, con asistencia de delegados de 18 países, y de 3 organizaciones internacionales, con arreglo al siguiente orden del día:

- 1º.—Informe del Secretario General.
- 2º.—Sexta Conferencia Internacional de Seguridad Social.
- 3º.—Plan de labores futuras.
- 4º.—Estudio de los proyectos de reformas de los estatutos y reglamentos.
- 5º.—Relaciones del Comité Interamericano de Seguridad Social con diversos organismos de seguridad social.
- 6º.—Asuntos generales.

El Comité entre sus diversas resoluciones, acordó celebrar la VI Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en la ciudad de La Habana, Cuba, a mediados de 1959, previa consulta con el gobierno de ese país. Se contempla inicialmente la siguiente agenda:

- 1º.—Informe de la Secretaría General con expresión del estado en que se encuentra el cumplimiento de las resoluciones adoptadas por la CISS en sus anteriores reuniones.
- 2º.—La seguridad social para el trabajador rural.
- 3º.—Costo y financiamiento de los servicios de asistencia médica en la seguridad social, con especial atención a las posibles causas de desequilibrio financiero.
- 4º.—Selección, capacitación y condiciones de trabajo del personal que labora en las instituciones de seguridad social.

Los tres últimos puntos de la agenda serán elaborados respectivamente por la Oficina Internacional del Trabajo, la Asociación Internacional de la Seguridad Social y la Secretaría General de la CISS.

ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Reunión de la Mesa Directiva

Entre los días 17 y 18 de octubre último, bajo la presidencia del señor Renato Morelli; y con asistencia de los señores Francis Blanchard, Sub-Director de la O.I.T. y Antonio Zelenka, Jefe de la División de Seguridad Social de la O.I.T., se efectuó en la ciudad de Praga, la novena reunión de la Mesa Directiva, adoptando entre otros diversos acuerdos, los siguientes:

Orden del día de la XIV Asamblea General.—Provisionalmente se ha anotado el estudio de las cuestiones siguientes: los desarrollos y tendencias de la seguridad social (1958-1960); el seguro de vejez; la organización y financiamiento del seguro contra los accidentes del trabajo y enfermedad profesional; esta XIV Asamblea tendrá lugar en la ciudad de Estambul, el año 1961.

Trabajos de Comisiones Técnicas Permanentes.—La Mesa ha señalado las fechas de reunión de las distintas comisiones técnicas permanentes

INFORMACIONES SOCIALES

de la AISS, como las de asignaciones familiares, médico social, etc., conforme se indica a continuación:

—Comisión Médico-Social (Lisboa, mayo de 1959) para preparar la encuesta estadística que efectuará la AISS sobre el costo del seguro de enfermedad.

—Asignaciones familiares (Lisboa, mayo de 1959), para estudiar los métodos actuales de financiamientos de las asignaciones familiares y los problemas administrativos que se susciten.

—Desempleo (Lisboa, mayo de 1959) donde se presentará un informe sobre los problemas administrativos del desempleo parcial.

—Organización y métodos (Ginebra, octubre de 1959), para estudiar el costo de la administración de la seguridad social; los métodos de afiliación y los métodos de percepción de cotizaciones del seguro social.

—Actuarios y Estadísticos de la Seguridad Social (sin lugar de reunión, pero a mediados de 1960), para discutir el resultado de la encuesta que uno de sus miembros efectuará sobre las estadísticas de los accidentes de trabajo.

Comisiones Regionales.—La Mesa aprobó la creación en América Latina de tres comisiones regionales: Médico Social, de Organización y Métodos y de Actuarios y Estadísticas. Estas comisiones se integrarán no sólo con miembros de la AISS, sino con delegados de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y de la Organización de los Estados Americanos. El Presidente de la AISS próximamente adoptará con los Presidentes de la CISS y OEA un acuerdo relativo a la designación de miembros, vinculándose además con la Organización Internacional de Trabajo con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, a los efectos de arribar a una coordinación de actividades en América Latina.

Centro Internacional de Información y Documentación sobre la prevención de riesgos profesionales.—La Mesa ha aprobado el establecimiento de un Centro Internacional de Información y Documentación, conforme se indica, así como la creación de un fondo especial destinado a financiar los trabajos que realice y edite.

Segunda Conferencia Internacional de Actuarios y Estadísticos de la Seguridad Social.—Igualmente, la Mesa ha prestado su aprobación a la orden del día de esta Conferencia, que tendrá lugar en la ciudad de Roma, a fines del presente año de 1959.

INSTITUTO INDIGENISTA INTERAMERICANO

IV Congreso Interamericano

Entre los días 16 y 23 de mayo próximo, se realizará en la ciudad de Guatemala, el IV Congreso del epígrafe, organizado por el Instituto Interamericano Indigenista, y de conformidad con el siguiente temario:

INFORMACIONES SOCIALES

- I.—Informes sobre actividades indigenistas: Gestión del Instituto, informes de las delegaciones concurrentes: éxitos y fracasos de los programas nacionales.
- II.—Estudios y Ponencias.
- III.—Biología.
- IV.—Economía.
- V.—Educación.
- VI.—Derecho.
- VII.—Integración Social .
- VIII.—Asuntos varios.
- IX.—Asuntos de Reglamento.
- X.—Asuntos Protocolarios.
- XI.—Relaciones Públicas del Indigenismo.

ARGENTINA

Proyecto de Reforma del Régimen de Seguridad Social e introducción del Seguro de Enfermedad.

La Comisión Nacional del Seguro de Enfermedad, creada por Decreto-Ley N° 2245, del año 1956, ha presentado un proyecto tendiente a la reorganización total del régimen actual de seguridad social argentina, mediante la creación de un nuevo organismo caracterizado por la originalidad de su estructura y funcionamiento. Insertamos a continuación una síntesis del informe en referencia:

Organismo.— El actual Instituto Nacional de Previsión Social, se denominará “Instituto Nacional de Seguridad Social”, como organismo autónomo, dotado de personalidad y de independencia financiera.

Campo de aplicación.—El régimen se aplicará a las personas cubiertas por las leyes nacionales de previsión social, actualmente en vigencia, así como a quienes se adhieran a título facultativo al nuevo sistema.

Riesgos cubiertos.—Los beneficiarios serán protegidos contra los riesgos de enfermedad-maternidad, invalidez, vejez y muerte, así como contra los demás riesgos que ocasionen la pérdida o la reducción de la capacidad de trabajo.

Recursos financieros.—El sistema deberá integrarse con las triples prestaciones de asegurados, empleadores y del Estado, así como con los intereses y demás ingresos que se ocasionen.

Prestaciones.—Los beneficiarios recibirán prestaciones en especie que reemplazarán su remuneración habitual. Corresponderá a la reglamentación determinar el monto de las prestaciones así como la reducción, duración y determinación de los derechos. El Instituto organizará regímenes facultativos y complementarios para las personas obligatoriamente cubiertas por el proyecto, a fin de otorgar prestaciones de monto más elevado que las del sistema general.

INFORMACIONES SOCIALES

POR ENFERMEDAD

Las personas inscritas en las cajas nacionales de previsión social, al servicio de un empleador, que no perciban ingresos mayores que los que se señale, tendrán derecho a una prestación de enfermedad, conforme a las reglas que oportunamente se dictarán, asimismo, se contempla, la incorporación de los trabajadores independientes en este beneficio.

POR MATERNIDAD

Se concederá una asignación que represente el 100% de la remuneración, durante los 45 días anteriores y los 45 posteriores al parto, exigiéndose el descanso obligatorio durante este lapso; asimismo, la afiliada percibirá una prestación adicional por nacimiento del niño.

RIESGOS PROFESIONALES:

Los asegurados no cubiertos por otras leyes especiales, tendrán derecho a asignaciones equivalentes al 75% de su salario durante 180 días consecutivos o no; si la incapacidad subsiste después de este lapso, se concederán las prestaciones de invalidez.

INVALIDEZ

En caso de incapacidad parcial o total, permanente o transitoria, la Caja Nacional de Previsión Social que corresponda a la actividad del afiliado, abonará prestaciones en dinero, conforme a sus estatutos jurídicos vigentes.

VEJEZ

El asegurado que cuenta con 60 años de edad y que no se halle cubierto por las leyes sobre pensiones, tendrá derecho a una renta de vejez, equivalente al 50% de su remuneración.

MUERTE

En este caso los derechohabientes percibirán una pensión del 50% de la asignación que recibía o habría tenido derecho a percibir el occiso. Además de una asignación para gastos de funeral, que será de monto único y posteriormente determinada por la reglamentación.

Además de las prestaciones económicas ya reseñadas, los interesados tendrán derecho a las atenciones médicas adecuadas en los casos de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales. La asistencia médica comprenderá todos los servicios terapéuticos, preventivos y de asistencia necesarios para la profilaxia, cuidado y convalecencia del interesado así como a los tratamientos especiales tendientes a su readaptación funcional. En caso de maternidad, la asistencia comprenderá los cuidados indispensables a la madre y al recién nacido.

INFORMACIONES SOCIALES

Organos del Instituto Nacional de Seguridad Social; serán: una Dirección, Consejo Directivo de la Seguridad Social, y el Consejo Administrativo de la Seguridad Social.

El proyecto contempla además, que el Instituto Nacional de Seguridad Social coordine sus actividades con el Ministerio de Asistencia Social y de la Salud Pública, para la organización de los servicios médicos y prevención biológica; con el Ministerio de Trabajo y Previsión Social a los fines de la previsión económica y social y con las Cajas Nacionales de Previsión.

ESPAÑA

Funciones del Servicio de Seguridad Social Agraria

Con arreglo a la Orden del Ministerio de Trabajo, su fecha 18 de diciembre último, se ha señalado las funciones y la competencia del Servicio del epígrafe, las mismas que a continuación ofrecemos en forma compendiada:

- a).—Tramitar y resolver todos los asuntos en materia de aplicación de los seguros sociales a los trabajadores agropecuarios;
- b).—Preparar y proponer los proyectos de disposiciones tendientes a lograr una mayor efectividad de las normas que actualmente regulan la seguridad social en el campo;
- c).—Estudiar, elaborar, proponer y desarrollar las disposiciones orientadas a la concesión a los beneficios que gozan o gozarán otros sectores laborales;
- d).—Colaborar con la Dirección General del Empleo para la obtención de datos estadísticos, cálculos y estudio de bases técnicas que permitan el cumplimiento de los fines expuestos en los párrafos b) y c);
- e).—Mantener las relaciones necesarias en el Instituto Nacional de Previsión y en general con los organismos del Ministerio de Trabajo, que realicen actividades de seguridad social agraria, para coordinar su actuación respectiva;
- f).—Informar sobre las normas que dicten las instituciones interesadas para la ejecución de las disposiciones del Ministerio;
- g).—Preparar en acuerdo con la Dirección General del Empleo, el formato definitivo de la Cartilla Profesional Agrícola, de modo que ésta sirva no sólo para calificar la condición profesional de trabajador, sino para acreditar también su afiliación a los seguros sociales y su derecho al reconocimiento de beneficios;
- h).—Revisar y actualizar el Censo Laboral Agrícola, adaptándolo en colaboración con la Dirección General del Empleo, a las necesidades de ambos servicios;
- i).—Mantener enlace con la Organización Sindical, coordinando sus acciones y con las demás Instituciones dependientes del Ministerio que intervengan en materia de seguridad social agraria;
- j).—Formar parte de la representación del Ministerio ante los organismos que traten problemas relativos a la seguridad social agraria;

INFORMACIONES SOCIALES

k).—Divulgar, en conexión con el Departamento respectivo del Ministerio, cuantas medidas se adopten en orden a la seguridad y previsión del campesinado, informando a los interesados sobre sus fines y aplicación; y

l).—Encausar todas las acciones que haya de realizar el Ministerio de Trabajo para el desarrollo de la Seguridad y Previsión Social en el agro.

—oO—

Legislación Social Peruana

*Salud Pública y
Asistencia Social.*

AUTORIZA PROGRAMAS DE VIVIENDA EN AREQUIPA.

D. S. N° 44, 27-12-58

“El Peruano” 7-1-59

Autoriza a la Junta de Rehabilitación y Desarrollo de la ciudad de Arequipa, para hacer estudios y proyectos de urbanizaciones populares y viviendas de interés social en todo el Departamento.

FUNCIONES DE LA JUNTA DE REHABILITACION DE AREQUIPA.

D. S. N° “45”, 27-12-58

“El Peruano” 7-1-59

Señala las funciones de la Junta de Rehabilitación y Desarrollo de Arequipa, en los campos de la Asistencia Técnica, Urbanizaciones y adjudicación de terrenos.

APRUEBA LAS LABORES DE LA COMISION CONCILIADORA

R. S. 5-1-59

“El Peruano” 12-1-59

Resuelve aprobar la labor cumplida por la Comisión Conciliadora creada por R.S. de 21 de noviembre de 1958, y dispone la transcripción a la Caja del Seguro Social del Empleado, de las conclusiones adoptadas, en orden a su oportuna incorporación.

ESCUELA DE ENFERMERAS EN EL CENTRO MEDICO NAVAL

R. S. 12-1-59.

“El Peruano” 17-1-59

Autoriza la apertura y funcionamiento de la Escuela de Enfermería del Centro Médico Naval, con sujeción a las normas fijadas por el Comité Permanente de Control de Enfermería.

INFORMACIONES SOCIALES**AMPLIA ARTICULO REGLAMENTARIO DEL SEGURO OBRERO****D. S. Nº 5 "DGS" 16-1-59****"El Peruano" 21-1-59**

Modifica el inciso l) del artículo 44 del Reglamento de las leyes 8433 y 8509, referente a las cancelaciones que efectúen la Caja Nacional de Seguro Social Obrero y las Sociedades de Beneficencia Pública.

**ADICIONES AL ESTATUTO DE LA ASOCIACION MUTUALISTA
SANITARIA****D. S. 12-1-59****"El Peruano" 22-1-59**

Introduce adiciones en el estatuto que rige a la Asociación Mutualista Sanitaria, en los artículos 2, 9º y el capítulo XII, artículos 51 a 59.

REPRESENTACION DE FUNCIONARIOS DE SALUD PUBLICA**R. S. 11-2-59****"El Peruano" 19-2-59**

Resuelve que las representaciones establecidas por leyes o decretos en las que figuren funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como miembros natos, por este año podrán ser sustituidas en los casos necesarios, por otros funcionarios del Ramo, mediante la correspondiente Resolución Ministerial.

**DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS DE LOS ESTATUTOS DE LA
MUTUALISTA SANITARIA.****R. M. 10-2-59****"El Peruano" 24-2-59**

Aprueba las disposiciones complementarias de los estatutos de la Asociación Mutualista Sanitaria, referentes al Fondo de Fallecimiento y Fondo de Retiro.

REGLAMENTO DEL SERVICIO DE ERRADICACION DE LA MALARIA**D. S. 14-2-59****"El Peruano" 26-2-59**

Aprueba el Reglamento del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, referente a la organización, actividades, objetivos, dirección, dirección técnica, servicios generales y relaciones.

REGLAMENTO PROVISIONAL PARA LA CONCESION DE BONIFICACIONES**R. M. 19-2-59****"El Peruano" 27-2-59**

Dispone la vigencia del nuevo reglamento provisional que registró du-

INFORMACIONES SOCIALES

rante el año 1959, relativo a la concesión de bonificaciones por dedicación exclusiva, por tiempo completo y por especialización, con arreglo a la Ley del Presupuesto, actualmente en vigencia. (Ley N° 13055).

DELEGADO ANTE LA CONFERENCIA TÉCNICA DE SALUD PÚBLICA

R. M. 16-2-59

"El Peruano" 28-2-59

Designa a los Dres. Alfredo Lynch Cordero y Manuel Villa Crespo (Director de Servicios Técnicos Normativos y Sub-Director de Areas de Salud, respectivamente), como delegados del Ministerio de Salud Pública, ante la Conferencia Técnica de Salud Pública que se efectuará en Lima, entre los días 1º y 6 de marzo próximo.

REGISTRO DE ASISTENTAS SOCIALES GRADUADAS

R. M. 7-3-59

"El Peruano" 21-3-59

Dispone que la Dirección de Servicios Técnicos Normativos, por intermedio de la División de Ayuda Social, procederá a llevar un registro oficial de las asistentas sociales graduadas en las Escuelas de Servicio Social que existen en el país.

ORGANIZACION DEL AREA DE SALUD DE JUNIN

R. M. 21-3-59

"El Peruano" 30-3-59

Dispone que las Unidades de Salud de Huancayo y Tarma, quedarán incorporadas en el Area de Salud de Junín, cuya Jefatura quedará encargada de la orientación, supervisión y evaluación de sus diferentes programas y servicios.

TITULOS PARA LAS PUERICULTORAS DIPLOMADAS

R. M. 24-3-59

"El Peruano" 31-3-59

Dispone que las actuales puericultoras diplomadas podrán obtener el título de enfermeras, debiendo seguir previamente cursos intensivos de enseñanza teórica y práctica de 9 a 12 meses de duración en una Escuela de Enfermeras, conforme al programa preparado por el Departamento de Enfermería.

INFORMACIONES SOCIALES

**Trabajo y Asuntos
Indígenas****INCORPORACION DE LOS SUPERNUMERARIOS AL GREMIO DE ESTIBADORES.****D. S. N° 14, 11-2-59****"El Peruano" 16-2-59**

Dispone la incorporación de los estibadores supernumerarios del Callao al Gremio de Estibadores del Cabotaje Mayor de ese Puerto, y dicta las disposiciones de carácter laboral aplicables a partir de la fecha.

CONTRATO DE LA MISION DE ECONOMIA Y HUMANISMO.**D. S. 17-2-59****"El Peruano" 18-2-59**

Faculta al Ministerio de Educación Pública para contratar los servicios de la Misión de Economía y Humanismo, que dirige el P. José Luis Le Bret, la misma que ejecutará estudios técnicos en el país; a este fin se crea la Junta Coordinadora integrada por un representante del Ministerio de Educación, uno de las Fuerzas Armadas y otro del Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas.

REGISTRO PERMANENTE DE EMPLEADOS PARTICULARES**JUBILADOS****R. S. N° 3 DS 18-2-59****"El Peruano" 20-2-59**

Ordena la apertura en la Dirección General de Trabajo, de un registro permanente de empleados jubilados por empresas particulares de la República, y establece la obligación de remitir la relación detallada de servidores jubilados.

**REQUISITOS PARA LOS TARJADORES MARITIMOS GOCEN
DE BONIFICACION****D. S. N° 2 'DS' 18-2-59****"El Peruano" 21-2-59**

Señala los requisitos que deben reunir los tarjadores marítimos, para que puedan gozar de la bonificación del 30% establecida por la Ley N° 11725.

INFORMACIONES SOCIALES

ESTUDIOS DEL INSTITUTO INDIGENISTA PERUANO D. S. OI. IIP. 7-3-59 "El Peruano" 11-3-59

Decreta que el Instituto Indigenista Peruano realizará estudios de carácter científico relacionados con los problemas socio-económicos de las comunidades indígenas y núcleos campesinos.

EMPADRONAMIENTO DE TRABAJADORES ANTE EL MINISTERIO DE TRABAJO y A. I. DS. N° 5 'DS' 7-3-59 "El Peruano" 11-3-59

Establece que las solicitudes de empadronamiento de los trabajadores que se consideran empleados, serán formuladas ante las autoridades administrativas de trabajo por un sólo peticionario, titular del respectivo contrato de trabajo.

Justicia y Culto

EXONERACION DE IMPUESTOS A LAS FUNDACIONES D. S. 21-1-59 "El Peruano" 27-1-59

Señala los distintos requisitos que las Fundaciones deben llenar para gozar de la exoneración de impuestos a la renta que contempla el artículo 24 de la ley 13051.

REQUISITOS PARA OBTENER ASCENSOS EN LA ADMINISTRACION PUBLICA R. S. N° 145 'SC' 23-2-59 "El Peruano" 27-2-59

Dispone que el certificado de aprobación que otorga el Instituto Peruano de Administración Pública por los estudios cursados satisfactoriamente, será uno de los factores que se tomarán en cuenta a los efectos de las promociones de servidores de la misma categoría.

REGLAMENTA LA PROPIEDAD HORIZONTAL D. S. N° 25, 6-3-59 "El Peruano" 10-3-59

Aprueba el Reglamento de la Ley N° 10726, relativo a la propiedad de las diferentes secciones de un mismo edificio.

INFORMACIONES SOCIALES

ESCALA DE AUMENTOS A LOS MIEMBROS DEL PODER JUDICIAL.**D. S. N° 157 'AC' 11-3-59****"El Peruano" 18-3-59**

Aprueba la escala de aumentos de los miembros del Poder Judicial, propuesta por la Corte Suprema de Justicia de la República para el año de 1959, con arreglo a los ingresos previstos por la ley N° 13036 que estableció el timbre judicial.

Hacienda y Comercio

FUERZA DE LEY AL DECRETO QUE CONCEDIO BONIFICACION A LOS SERVIDORES PUBLICOS.**Ley N° 13064, 12-1-59****"El Peruano" 22-1-59**

Da fuerza de ley al Decreto Supremo N° 9 de 29 de mayo de 1958, que concedió una bonificación mensual de 200 soles a los servidores de la administración pública y miembros de las fuerzas armadas de la nación.

FONDO DE PENSIONES PARA SERVIDORES DE LA CORPORACION PERUANA DE VAPORES**R. S. N° 30, 9-2-59****"El Peruano" 13-2-59**

Establece un Fondo de Pensiones para los obreros estables de la Corporación Peruana de Vapores, constituido por el 6% de descuento mensual sobre los sueldos y sobre las pensiones de jubilación y cesantía, y otros ingresos que detalla.

MODIFICACION DE LA LEY DE LA CORPORACION NACIONAL DE LA VIVIENDA.**Ley N° 13182, 21-2-59****"El Peruano" 23-2-59**

Modifica el artículo 4° de la ley N° 10844 en los siguientes términos: "Art. 4° El cuatro por mil constituirá renta de la Corporación Nacional de la Vivienda y se empozará por la entidad encargada de recaudar el impuesto en una cuenta especial a favor de aquélla. Esa renta la invertirá la Corporación Nacional de la Vivienda en Centros Climáticos de Esparcimiento o en urbanizaciones y viviendas de interés social, según lo acuerde dicha entidad.

El otro cuatro por mil se mantendrá como impuesto municipal".

INFORMACIONES SOCIALES

Guerra

PARTE PROPORCIONAL DE LA BONIFICACION POR TIEMPO DE SERVICIOS.

Ley N° 13193, 20-3-59

"El Peruano" 23-3-59

Los oficiales que pasaron al retiro por límite de edad sin haber alcanzado 30 años de servicios en filas, percibirán a partir del 1º de enero del presente año, conjuntamente con la pensión que les corresponde, la parte proporcional de las bonificaciones y demás goces que disfrutaron hasta el momento de pasar al retiro, de acuerdo con el número de años de servicios prestados.

Fomento y Obras Públicas

COMISION PARA LA CONSTRUCCION DE VIVIENDAS EN EL CALLAO

R. M. N° 5'F' 7-1-59

"El Peruano" 24-1-59

Nombra una Comisión que se encargará de determinar las zonas más convenientes para la ejecución del plan de construcción de viviendas que tiene programado la Junta de Obras Públicas del Callao; dicha Comisión está compuesta por ingenieros, arquitectos y delegados de instituciones afines.

—oOo—

Biblioteca de la Caja Nacional de Seguro Social

PUBLICACIONES RECIBIDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE 1959

1.—ORGANISMOS INTERNACIONALES

a) Organización Internacional del Trabajo

- African Labour Survey. New Series, N° 48, 1958.
Anuario de Estadísticas del Trabajo. 1958.
Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones. 1958.
Fourth Asian Regional Conference. New Delhi, 1957. Record of proceedings.
Resúmenes de memorias sobre convenios no ratificados y sobre las recomendaciones. Informe III parte II, 43ª Reunión, 1959.
Condiciones de trabajo de los pescadores. Informe V (2), 43ª Reunión, 1959.
Protección de los trabajadores contra las radiaciones. In. VI (2), 43ª Reunión, 1959.
Problemas de los trabajadores no manuales, incluyendo el personal técnico, el personal dirigente, etc. Informe VII, 43ª Reunión, 1959.
Colaboración entre las autoridades públicas y las organizaciones de empleadores y de trabajadores en el ámbito industrial y el ámbito nacional. Informe VIII (2), 43ª Reunión, 1959.
Serie Legislativa. Nov.-Dic., 1958.
Boletín Oficial. N° 3, 1958.
Informaciones Cooperativas. N° 1, 1958.
Informaciones Sociales. Vol. XX, N° 10, 11, 12, 1958; Vol. XXI, N° 1, 2, 3, 1959.
Noticias de la O.I.T. N° 50, 1958.
Revista Internacional del Trabajo Vol. LVIII, N° 4, 5, 6, 1958; Vol. LIX, 1, 2, 1959. Suplemento Estadístico. Vol. LVIII, N° 4, 5, 6, 1958; Vol. LIX, 1, 2, 1959.
Seguridad e Higiene en el Trabajo. N° 3, 4, 1958.
Weekly (Pub. Library) N° 43 a 49, 1958; 1 a 6, 1959.

b) Organización Mundial de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana

- Erradicación del paludismo en defensa de la salud. Ginebra, 1958.
Boletín de la O. S. P. Vol. XLV, N 6, 1958; Vol. XLVI, 1, 1959.

INFORMACIONES SOCIALES

Crónica de la O.M.S. Nº 10, 11, 1958.
Salud Mundial. Nº 6, 1958.

c) Asociación Internacional de la Seguridad Social

Asociación Internacional de la Seguridad Social. Reuniones de Lisboa, mayo 1959. Programa.
Comisión de Prevención de los Riesgos Profesionales. Lista de participantes.
Comisión de Prevención de los Riesgos Profesionales. Primera reunión. Ginebra, Nov. 1958. ISSA/AP/C/I/PV.
Reglamento de la Comisión de Prevención de Riesgos Profesionales.
Comisión Permanente del Seguro de Desempleo. 5ª Reunión, 1958. Problemas administrativos de los regímenes de protección contra el desempleo de los trabajadores de la construcción. ISSA/AC/V/PV.
Comisión Permanente de Actuarios y Estadígrafos de la Seguridad Social. Primera reunión. Londres, 1958. ISSA/ACT/I/PV.
Segunda Conferencia Internacional de Actuarios y Estadígrafos de la Seguridad Social. Roma, 1959. AISS/CAS/II.
Bulletin de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale. Nº 10-11, 12, 1958.
Seguridad Social. Nº 3, 4, 1958.

d) Organización de los Estados Americanos

El Café en América Latina. 1958.
Compilación de resoluciones sobre planeamiento, vivienda y edificación. 1958.
Estudio económico de América Latina. 1957.
Mire, Joseph: La educación del trabajador en los Estados Unidos. Unión Panamericana, 1958.
Estadística. — Journal of the Inter-American Statistical Institute. Nº 58, 1958.
Noticias de Seguridad. Nº 1, 2, 3, 1959.
Suplemento informativo "CINVA". Nº 14-16, 1958.

e) Organización Iberoamericana de Seguridad Social

Memoria de la Secretaría General e Informe de la Presidencia al III Congreso Iberoamericano de Seguridad Social.
Estatutos de la O.I.S.S. 1959.
Fernández Pla, Francisco: La inversión de fondos del seguro social y el desarrollo económico. Madrid, 1958.
Lasheras Sanz, Antonio: Repercusiones del seguro social en la economía. Madrid, 1958.
Oliveira Assis, Armando De: Incapacidad do trabalho. Madrid, 1958.
III Congreso Iberoamericano de Seguridad Social. Boletín Informativo. Nº 1, 2, 6, 7, 8, 9, 1958.

INFORMACIONES SOCIALES

f) **Fédération Internationale des Mutilés et Invalides du Travail et des Invalides Civils**

Bulletin de la Fédération Internationale des Mutilés et Invalides du Travail et des Invalides Civils N° 2-3-4, 1958.

2.—LIBROS Y FOLLETOS

- Antokoletz, Daniel: Derecho del Trabajo y Previsión Social. Buenos Aires, 1953. 2 t.
- Johnstone, Rutherford T.: Medicina del Trabajo e Higiene Industrial. Buenos Aires, 1955.
- Villa Creus, Pedro: Manual de Orientaciones Sociales. Buenos Aires, 1945.
- Carr, Edwin, R.: A source unit for social studies. New York, 1958.
- Clifford, Paul C.: The mathematics of life insurance. New York, 1958.
- Cohen, Jerome B.: Decade of decision New York, 1958.
- Griffen, Richard F. ed.: The evolution of a public relations. New York, 1958.
- Institute of Life Insurance: Moderns make money behave. New York, 1958.
- Kelsey, R. Wilfred: Handbook of life insurance. New York, 1958.
- Myers, Robert J.: Proyecciones a largo plazo de la población de los Estados Unidos para fines de estimar el costo del seguro social. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Social security administration. Social security programs throughout the world 1958. — Choque in Big Rock.
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social: Análisis estadístico de las actividades hospitalarias del Centro Materno-Infantil.
- Seminario de Integración Social Guatemalteco: Economía de Guatemala, 1958.
- Termer, Franz: Etnología y Etnografía de Guatemala. Guatemala, 1957.
- Ente Nazionale per la Prevenzione degli Infortuni: Calendario della sicurezza, 1959. Roma, 1959.
- López Mateos, Adolfo: Mi programa de trabajo. México, 1958.
- Rosal, Amaro del: Los Congresos obreros internacionales en el siglo XIX. México, 1958.
- Report of the social security department for the year ended 31 march 1958: Wellington, 1958.
- Corporación de Comerciantes del Perú. Nuevas tasas de impuestos por medio de timbres. Lima, 1959.
- Sociedad Nacional de Industrias: Directorio fabril, 1958-59. — Estadística industrial.
- Ravard, Rafael Alfonso. Sentido y orientación de la política económica de la Corporación Venezolana de Fomento. Caracas, 1958.

3.—PUBLICACIONES PERIODICAS NACIONALES

Academia Peruana de Cirugía. N° 5, 6, 7, 8, 1958.

INFORMACIONES SOCIALES

- Anales de la Facultad de Medicina.** Nº 2, 1958.
Anuario de Legislación Peruana. 1957.
Anuario Estadístico de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima.
 1955-56.
Asociación de Comercio e Industria de Arequipa. Boletín de Informa-
ciones. Nº 48 a 51, 1958; 1 a 7, 1959.
Asociación de Comercio e Industria de Arequipa. Circular de protestos
y escritura. Nº 48 a 51, 1958; 1 a 7, 1959.
Banco Central Hipotecario. Memoria, 1951, 1952, 1954, 1955, 1956, 1957.
Banco Comercial. Memoria, 1958.
Banco Continental. Memoria y Balance, 1958.
Banco Internacional. Memoria y balance, 1958.
Banco Wiese. Memoria y balance, 1958.
Boletín Bibliográfico. Nº 26, 1958.
Boletín de Aduanas del Perú. Nº 427, 428, 1958; Nº 429, 1959.
Boletín de la Asociación Mutualista Magisterial. Nº 11, 1958.
Boletín de la Caja de Depósitos y Consignaciones. Nº 615, a 621, 1958.
Boletín de la Cámara de Diputados. Nº 20, 1955.
Boletín de la Compañía Administradora del Guano. Nº 8, 9, 10, 1958.
Boletín de la Sociedad Nacional Agraria. Nº 270, 271, 1958; 272, 1959.
Boletín de la Sociedad Nacional de Minería y Petróleo. Nº 63, 1958.
Boletín de la Universidad Nacional de Ingeniería. Jul.-Ago.-Set., 1958.
Boletín del Banco Central de Reserva. Nº 324, 325, 1958; 326, 1959.
Boletín del Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas. Nº 8-9, 1958.
Boletín del Proyecto Bibliográfico. Nº 2, 1958.
Boletín Estadístico Municipal. Nº 105, 1959.
Boletín "Scep". Servicio Cooperativo del Empleo del Perú. Nº 19, 1959.
Caja de Ahorros de Lima. Memoria y balance, 1958.
Caja de Depósitos y Consignaciones. Departamento de Recaudación.
 Memoria, 1958.
Cámara de Comercio de Lima. Boletín Mensual. Nº 354, 1958; 355, 1959.
Cámara de Comercio de Lima. Boletín Semanal. Nº 488 a 499, 1959.
Cámara de Comercio del Departamento de Lambayeque. Boletín Infor-
mativo Nov., 1958; Ene., 1959.
Costo de Vida. Nov., Dic., 1958.
La Crónica Médica. Nº 1099 a 1110, 1955.
Defensa Médico Social. Nº 3, 1958.
Fraterna. Nº 26, 1958; 27, 1959.
Industria Peruana. Nº 318, 319, 1958; 320, 1959.
Informaciones Sociales. Nº 3, 4, 1958.
Informativo Agropecuario. Nov., Dic., 1958; Ene., 1959.
Noticias de Petróleo. Nº 108, 1958; 109, 1959.
La Opinión Popular. La Oroya, Ene., Feb., Mar., 1959.
Perfil Económico. Nº 24, 1958; 25, 26, 1959.
Perú Indígena. Nº 16-17, 1958.
Peruvian Times. Nº 942 a 953, 1959.
Presupuesto General de la República. 1959.
La Reforma Médica. Nº 611, 1959.
Revista de Jurisprudencia Peruana. Nº 178, 179, 1958; 180, 1959.

INFORMACIONES SOCIALES

- Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Comerciales.** Nº 57, 1957.
Revista de la Sanidad de Policía. Nº 4, 5, 1958.
Revista de la Sanidad Militar. Nº 93, 1958.
Revista de Neuro-Psiquiatría. Nº 2, 1958.
Revista Peruana de Pediatría. Nº 1, 1958.
Salud Ocupacional. Boletín del Departamento de Higiene Industrial. Nº 2, 3, 4, 1958.
Seguro Social. Notas y comentarios de divulgación de la C.N.S.S. Nº 19, 20, 1958; 21, 1959.
Síntesis Semanal. Informativo de la Corporación de Comerciantes del Perú. Nº 134 a 146, 1959.
Sociedad Nacional Agraria. Memoria, 1957-58.
Superintendencia de Bancos. Balances. Nº 115, 1958.
Superintendencia de Bancos. Memoria y estadística. 2a. parte, 1957.
Superintendencia de Bancos. Situación Bancaria. Oct., Nov., 1958.
Unicef para los Niños. Nº 16, 1958; 17, 1959.
Universidad Nacional de San Agustín. Memoria, 1957.

4.—PUBLICACIONES PERIODICAS EXTRANJERAS

- ALEMANIA.—Arbeitschutz.** Nº 11, 12, 1958; 1, 1959.
Arbeit und Sozialpolitik. Nº 11, 12, 1958; 1, 1959.
Boletín Semanal de Asuntos Alemanes. Nº 1 a 12, 1959.
Bundesarbeitsblatt. Nº 22, 23, 1958; 1, 2, 3, 1959.
Deutsche Versicherungszeitschrift. Nº 11, 1958: 1, 2, 1959.
Die Betriebskrankenkasse. Nº 23, 24, 1958; 1, 2, 3, 1959.
Die Ersatzkasse. Nº 11, 12, 1958; 1, 1959.
Die Ortskrankenkasse. Nº 23, 24, 1958; 1, 2, 3, 4, 1959.
Die Sozialversicherung. Nº 12, 1958; 1, 1959.
Versicherungs Wirtschaft. Nº 24, 1958; 1, 2, 3, 4, 1959.
ARGENTINA.—Ahorro y Seguro. Nº 72-73, 74, 75, 1958.
Boletín de Biblioteca. Nº 15-27, 1958.
Boletín de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Córdoba. Nº 1-2, 1958.
Boletín del Instituto Nacional de Previsión Social. Nº 13, 14, 1958; 15, 1959.
Boletín Informativo. Departamento de Maternidad e Infancia. Nº 14-15-16, 1956-57; 17-18-19-20, 1957-58.
Boletín Quincenal. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Nº 62 a 66, 1958; 67, 1959.
La Ley. Dic., 1958; Ene., Feb., 1959.
Revista del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Nº 19, 20, 1958.
Seguros. Nº 44, 1957.
AUSTRIA.—Soziale Sicherheit. Nº 11, 12, 1958; 1, 1959.
BELGICA.—Archiva Medica Belgica. Nº 3, 4, 1958.
Communiqué Mensual. Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale. Nº 9, 10, 11, 12, 1958.
La Mutualité Libérale. Nº 4, 1958.

INFORMACIONES SOCIALES

- La Mutualité Professionnelle.** Nº 1, 1959.
Orientation Mutualiste. Nº 6, 1958; 1, 1959.
Société Belge d'Etudes et d'Expansion. Nº 183, 1958.
BOLIVIA. — Boletín Estadístico. Nº 82, 1958.
Indice de Costo de Vida. Nº 2 a 8, 1958.
Seguridad Social. Nº 236, 1958.
BRASIL. — Anuario del Instituto Brasileiro de Atuaria. 1952-53; 1954-55, 1956.
Boletín de Higiene Mental. Nº 168, 1958.
Boletín do Instituto Brasileiro de Atuaria. 1951, 1952-53, 1954-55.
Boletim Mensual do Banco do Brasil. Nº 12, 1-2, 3-4, 1958.
Industriarios. Nº 62, 63, 1958.
Revista do Trabalho. Jun.-Jul.-Ago., Set.-Oct., Nov.-Dic., 1958.
Trabalho e Seguro Social. Nº 177-178-179-180, 1957.
CANADA. — Health e Welfare. Nov., Dic., Ene., 1959.
Occupational Health Bulletin. Nº 9, 10, 1958.
L'Information Médicale et Paramédicale. Nº 2, 3, 1958; 4, 1959.
The Royal Bank of Canada. Monthly Letter. Nº 11, 1958; 1, 1959.
COLOMBIA. — Anuario General de Estadística. 1957.
Boletín de la Cámara de Comercio de Bogotá. Nº 1005 a 1009, 1958; 1010 a 1015, 1959.
Boletín Mensual de Estadística. Nº 92, 93, 1958; 94, 95, 1959.
Ciencias Sociales. Nº 2, 1958.
Universidad Pontificia Bolivariana. Nº 81, 1958.
COSTA RICA. — Estadística - Trabajadores asegurados, patronos, salarios, cuotas. 1957.
CUBA. — Arquitectura. Nº 303, 304, 1958; 306, 1959.
CHILE. — Boletín del Banco Central de Chile. Nº 367, 368, 1958.
Economía. Nº 60-61, 1958.
Panorama Económico. Nº 197, 1958; 198, 1959.
Unidad. Nº 185, 186, 1959.
ECUADOR. — Boletín de Informaciones y de Estudios Sociales Económicos. Nº 80-81, 1958.
Boletín del Banco Central del Ecuador. Nº 372-373, 1958.
EL SALVADOR. — Revista de Trabajo. Nº 28, 1957.
ESPAÑA. — Boletín de Divulgación Social. Nº 145, 146, 147, 148, 1958.
Boletín Oficial del Ministerio de Trabajo. Nº 11, 12, 1958.
Compilación de Disposiciones sobre Seguros Sociales. Sup. Nº 27, 1958.
Estudios Americanos. Nº 75, 1958; 76-77, 1959.
Informaciones de la Seguridad Social en España. Nº 88 a 98, 1958; 99 a 101, 1959.
Pensamiento. Nº 56, 1958.
Revista de Derecho del Trabajo. Nº 23, 24, 1957; 25, 26, 27, 28, 29, 1958.
Revista de Trabajo. Nº 34, 5-6-7, 8-9, 10-11, 1958.
Revista Española de Seguros. Nº 142, 143, 1958.
Revista Iberoamericana de Seguridad Social. Nº 4, 1958.
ESTADOS UNIDOS. — América Clínica. Nº 1, 1959.
American Public Welfare Association. Letter to Members. Nº 10, 11, 1958; 1, 2, 3, 1959.
APWA. Public Welfare. Nº 1, 1959.

INFORMACIONES SOCIALES

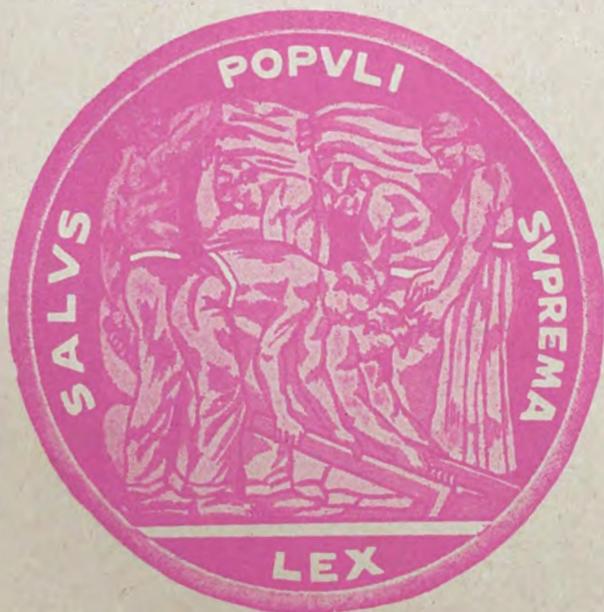
- Children.** Nº 1, 1959.
Export Import Bank of Washington. Nº 539, 540, 1958; 541 a 559, 1959.
International Bank for Reconstruction and Development. Comunicados de prensa. Nº 567, 1958; 572, 573, 576, 1959.
International Finance Corporation. Comunicados de prensa. Nº 20, 1958.
Life Insurance. New Date. Dic., 1958; Ene., Feb., 1959.
Money Matters. Dic., 1958; Ene., 1959.
Monthly Labor Review. Nº 11, 12, 1958; 1, 1959.
The Monthly Review. Railroad retirement board. Nº 12, 1958; 1, 2, 1959.
Public Health Economics. Nº 1, 2, 3, 1959.
Public Health Reports. Nº 12, 1958; 1, 2, 1959.
Quarterly. Nº 1, 1959.
Servicios Públicos. Nov.-Dic., 1958; Ene.-Feb., 1959.
Social Hygiene News. Nº 7, 8, 9, 1958.
Social Problems. Nº 2, 1958.
Social Security Bulletin. Nº 12, 1958; 1, 2, 1959.
FILIPINAS.—Social Welfare Administration. Annual report, 1955-56.
FRANCIA.—Boletín Francés de Informaciones Económicas y Técnicas. Nº 11, 12, 1958.
Bulletin d'Information de la Mutualité Agricole. Nº 81, 92, 1958; 83, 84, 1959.
Guide du Correspondant de Caisse de Sécurité Sociale. Nº 11-12, 1958; 1, 1959.
Informations Sociales. Nº 11, 1958.
Revue de la Mutualité. Nº 12, 1958.
Revue de la Sécurité Sociale. Nº 95, 96, 97, 1958; 98, 1959.
GRAN BRETAÑA.—British Book News. Nº 220, 1958; 221, 222, 1959.
The Economist. Nº 6013 a 6018, 1958; 6020 a 6027; 1959.
Government Publications. Oct., Nov., Dic., 1958.
Ministry of Labour and National Service. Annual report, 1957.
Ministry of Health. Annual report, 1957. Part. I.
Ministry of Pensions and National Insurance. Annual report, 1957.
Rehabilitation. Nº 28, 1959.
Social Work. Nº 1, 1959.
GUATEMALA.—Boletín Mensual de Estadística. Nº 54, 55, 56, 1958; 57, 1959.
Movimiento General de Pensiones otorgadas a beneficiarios de afiliados fallecidos en accidentes. 1948-57, 1948-58.
HOLANDA.—Ouderadonsfonds B. Memoria, 1957.
Sociale Verzekerings Bank. Memoria, 1957.
HONDURAS.—Boletín de la Asamblea Nacional Constituyente. Nº 6, 1958; 7 a 17, 1959.
La Gaceta, Ene., Feb., 1959.
ITALIA.—Archivio di Medicina Mutualistica. Nº X, XI, 1958.
Bolletino Ufficiale. Nº 5, 1958. Sup. Strordinario. Nº 11, 12, 16, 18, 1958.
Informazione "INADEL". Nº 45 a 48, 1958; 1, 1959.
Previdenza Sociale. Nº 5, 1958.
I Problemi della Sicurezza Sociale. Nº 5, 1958.

INFORMACIONES SOCIALES

- Rassegna del Lavoro.** Nos. 7, 8, 10, 11, 1958.
Rassegna del Lavoro. Quaderno. Nº 10, 11, 1958.
Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali. Nº 5, 1958.
MEXICO.—**Acción Indigenista.** Nº 65, 1958.
América Indígena. Nº 1, 1959.
Archivos Médicos del I M S S Nº 3, 1958.
Boletín del Instituto de Derecho Comparado de México. Nº 33, 1958.
Boletín Indigenista. Nº 4, 1958.
Finanzas y Contabilidad. Nº 11, 1958; 1, 1959.
Informaciones Sociales. Nº 25, 1958.
La Justicia. Nº 344, 1958; 345, 346, 1959.
Revista Mexicana del Trabajo. Nº 11-12, 1958.
NORUEGA.—**Seguro nacional de enfermedad.** Memoria, 1956.
PANAMA.—**Estadística Panameña.** Nº 4, 1958.
Estadística Panameña. Informes especiales. Nº 4, 1958.
PUERTO RICO.—**“SIAP” Boletín.** Nº 5, 1959.
REPUBLICA DOMINICANA.—**Boletín de Divulgación Estadística.** Nº 1, 1958.
Comercio Exterior. Nº 4, 5, 6, 1958.
Estadística de los Accidentes del Trabajo. 1957.
Estadística Demográfica. 1956.
Estadística Industrial. Nº 8, 1957.
Movimiento Postal, Telefónico y Radiotelegráfico. 1956.
Seguridad Social. Nº 61, 1958.
RUMANIA.—**Revista de Statistica.** Nº 8, 9, 10, 11, 1958.
SUIZA.—**La Mutualité Romande.** Nº 12, 1958; 1, 2, 1959.
Schweizerische Krankenkasse Zeitung. Nº 23, 24, 1958; 1, 2, 3, 4, 1959.
URUGUAY.—**Banco de la República Oriental del Uruguay. Sup. Estadístico de la Revista Economía.** Nº 173, 174, 1958.
Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración. Nº 15, 1958.
Revista de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis. Nº 127, 1958.
Revista del Banco de la República Oriental del Uruguay. Nº 66, 1958.
Seguros. Nº 6, 1958.
VENEZUELA.—**Banco Central. Boletín Interno.** Nº 175, 176, 177, 178, 1958.
Boletín de la Cámara de Comercio de Caracas. Nº 539, 540, 541, 1958.
Revista del Banco Central. Nº 155-157, 1958.
Revista de Sanidad y Asistencia Social. Nº 1-2, 1958.
Revista Nacional de Cultura. Nº 129, 1958.

INFORMACIONES

SOCIALES



Año XIV

Abril - Mayo - Junio - 1959

No. 2

Publicación Trimestral de la
Caja Nacional de Seguro Social del Perú

INFORMACIONES SOCIALES

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

DIRECTOR: PEDRO CALOSI R.

SUMARIO

	Pág.
Problemas de Organización y Control de las Prestaciones Farmacéuticas en la Seguridad Social, por el <i>Dr. Juan A. Philipps</i>	3
Resultados sobre un viaje de estudios, por la <i>R. M. Cristóforis M.S.C.</i> ,	24
El Status del Concubinato en algunos regímenes de Seguridad Social Americanos, por el <i>Dr. Eduardo Rosales Puente</i>	33
Ajuste de las Prestaciones de Seguridad Social a las variaciones del Costos de Vida y del Nivel General de Vida por <i>Antonio Zelenka</i>	42
Boletín Institucional	59
Información Nacional	62
Información Extranjera	75
Legislación Social Peruana	84
Biblioteca de la C. N. S. S.	91

—oOo—

Año XIV

Abril-Mayo-Junio 1959

Nº 2

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.

Problemas de Organización y Control de las Prestaciones Farmacéuticas en la Seguridad Social

Por el Dr. Juan A. Philipps V.,
Director del Hospital Obrero de Lima

Con la colaboración de los señores: **Eduardo Borda**, Jefe del Departamento de Personal; **Américo Ormeño**, Jefe del Departamento de Laboratorio de Farmacia, y **Eliseo Pérez**, Jefe del Departamento de Farmacia.

I. —INTRODUCCION

En todo tiempo y en todas las latitudes, el hombre ha buscado afanosamente los medios de seguridad. Ha sido la amenaza ineluctable de la inseguridad, a través de los tiempos, la que ha inspirado los principios generales de la solidaridad y ha dado forma a teorías, métodos y prácticas de protección individual, familiar y colectiva. Este movimiento no es por lo tanto nuevo, nació con el hombre y se plasmó en realidad desde los primeros tiempos, en clanes, tribus y hordas. Más tarde, las cofradías religiosas, las hermandades, las sociedades artesanales y otras semejantes, asumieron en la historia de la protección social, un papel de suma importancia, pero de acción restringida al grupo que la conformaba. Dentro de esa perspectiva histórica surgen otras agrupaciones colectivas como las mutualidades y seguros sociales y también, la acción directa e intervencionista del Estado en las relaciones socio-económicas contemporáneas. La previsión social de ayer y la seguridad social de hoy, no son otra cosa que las diversas formas de ajuste que va tomando la protección del núcleo humano, para dar al hombre los atributos esenciales e inalienables que le corresponden frente al acontecimiento histórico más importante de la época actual: “el movimiento ascensorial de las masas al primer plano de la vida colectiva”.

De allí, que nada tiene hoy mayor primacía que el bienestar del hombre, ya sea para asegurarle los medios económicos que le son necesarios, como para ponerlo a salvo de las contingencias imprevisibles derivadas de la disminución de su capacidad productiva a causa de enfermedades, accidentes y de los riesgos de invalidez, vejez y muerte. El campo de aplicación de la seguridad social alcanza no sólo al individuo, sino al núcleo familiar y a la sociedad en sí, y en esa acción general reguladora influyen teorías, doctrinas y métodos, siempre cambiantes, en relación con el tiempo.

INFORMACIONES SOCIALES

Nos ha sido necesario referirnos a la Seguridad Social, bosquejando en forma muy esquemática y limitada su génesis y evolución, antes de entrar al estudio del Seguro Social, que es una fórmula empleada como solución actual, en el proceso histórico, destinado a combatir o compensar algunas de las necesidades primordiales del hombre.

Para definir los Seguros Sociales como para analizar su contenido, su obra y sus proyecciones, debemos partir de las primeras etapas de su iniciación en Alemania en 1883, con las leyes de Bismarck, que por el proceso lógico de evolución han sido superadas, dándole mayor perfección técnica y extensión en sus ámbitos de influencia. En una u otra forma los Seguros Sociales se han ido extendiendo cada vez más, fraccionaria o integralmente, buscando los medios más adecuados de asistencia y previsión de las grandes masas asalariadas, sobre la triple participación económica del Estado, los patronos y los trabajadores. Virtualmente ninguna de las partes puede asumir sola los desembolsos considerables que supone el Seguro. El Estado lleva sobre sí las cargas de otros compromisos que insumen sus rentas; el capital patronal, renuente en principio a toda inversión no productiva, es débil además para asumir por su cuenta tan duro esfuerzo, como lo es también el trabajo, apenas remunerado para cubrir los gastos de una subsistencia precaria. Muy extenso resultaría un trabajo dedicado a estudiar las distintas formas de organización de los Seguros Sociales. La experiencia ha dejado de lado por inoperante el Seguro Social libre, pese a que como dice Iópez Núñez: “este tipo de Seguro, es una bella manifestación de la fuerza individual, orgullosa de su eficacia promisoría. El Seguro Social voluntario es obra inteligente, de alta moralidad y cultura, enemiga del fraude y la simulación, selecciona a los individuos, con el propósito de reunir a los mejores y es un acicate poderoso para la asociación”.

En oposición a esto, el Seguro Social obligatorio que se otorga en virtud de la ley y al que la experiencia le reconoce muchas ventajas, ya que teniendo en cuenta las razones de orden social, político, económico y cultural de los pueblos, donde la ignorancia, la imprevisión, la abulia, les atrofia la voluntad y el entendimiento, son indiferentes y por tanto ajenos al progreso y previsión colectiva. La obligatoriedad del Seguro, les proporciona beneficios indiscutibles, ya que involucra dentro de su acción protectora a la mayor parte de aquellos que de otra manera quedarían excluidos. Como dice Rebagliati: “un régimen de trabajo realmente humano y basado en la justicia social, exige la organización de una protección eficaz de los trabajadores contra los riesgos profesionales y sociales, siendo esta organización el Seguro Social Obligatorio, que si no es obligatorio, no es Seguro Social”.

2.—EL SEGURO SOCIAL PERUANO

Creemos de interés referirnos, aunque sea en forma breve, a lo que se conocía y practicaba en el primitivo Perú, en materia de Seguridad Social, y que ha sido comentado y divulgado por el distingui-

INFORMACIONES SOCIALES

do creador de nuestro Seguro, el Dr. Edgardo Rebagliati, fallecido recientemente, y a quien rendimos nuestro respetuoso y filial homenaje:

“En 1532 cuando Pizarro llegó al Perú encontró un pueblo organizado y cuyo imperio disfrutaba de un “estado político, económico, jurídico y social, que calificaba la existencia de un verdadero Estado”. La ley contemplaba, con las limitaciones propias de la naturaleza del régimen político existente, diversas materias de orden social y económico:

- a) organización comunal
- b) „ de la propiedad
- c) „ agraria
- d) corporación de la colectividad
- e) rotación en los trabajos de las obras públicas para alcanzar la cooperación general y el equilibrio de las faenas.
- f) metodización del empleo de las horas libres y preceptiva de los entrenamientos
- g) distribución de los cultivos y control de las manufacturas.
- h) distribución de los víveres, materias primas y artículos manufacturados.
- i) asistencia de los incapacitados del trabajo.

A este respecto cabe destacar lo que dice Blas Valera, que acompañó a Pizarro en la Conquista: “Tuvieron los Incas la Ley de lo que llamaban pobres, la cual mandaba que los ciegos, mudos y cojos, los tullidos, los viejos y viejas decrépitas y otros impedidos que no podían laborar sus tierras para vestir y comer por sus manos y trabajo, los alimentasen con los depósitos públicos. Además de esto mandaba la misma ley que dos o tres veces al mes llamasen a los necesitados que arriba nombramos a los convites y comidas públicas, para que con el regocijo común desecharan parte de su miseria”.

El mismo autor refiriéndose a la Conquista del Imperio Incaico, dice que asentada en la heredad incásica la dominación española, desapareció la organización patriarcal que los conquistadores encontraron y perdieron los aborígenes, en la violenta transformación que se les imponía, su religión, sus costumbres y sus leyes.

Es verdad que los monarcas españoles sintieron la inquietud de remediar la condición a que la codicia de los conquistadores condujo a los aborígenes y que con este propósito expidieron reiteradas disposiciones que rara vez alcanzaron eficacia, porque como dice José María Ots, “desde los primeros momentos se produjo un profundo divorcio entre el derecho y el hecho, entre las aspiraciones generales de moralistas y teólogos victoriosamente reflejadas en las leyes y las exigencias incontenibles de las minorías colonizadoras de las distintas provincias americanas”.

No podemos dejar de consignar el hecho de que los monarcas españoles, conscientes de su responsabilidad y con sentido profundamente humano, se interesaron vivamente por la suerte de sus nuevos vasallos, para poner coto al abuso y depredaciones de los conquistadores, y con ese fin expidieron varias disposiciones que no siempre fueron cumplidas.

INFORMACIONES SOCIALES

En 1575, el Virrey don Francisco de Toledo, dictó las Ordenanzas que regulaban el trabajo de los indios en las mitas, en las que si bien es cierto que legalizó esa horrenda institución llamada Mita, también es cierto que fijó preceptos “para que los indios fuesen pagados en mano de sus salarios y leguaje de ida y vuelta, y para que se les asistiese en sus enfermedades, como también para inutilizar la avidez con que les tiranizaban”. En dichas Ordenanzas se determinó también que “los trabajadores de las minas y encomiendas tenían derecho a dejar el trabajo al alcanzar la edad de 50 años y seguir percibiendo los medios indispensables a su subsistencia a costa de la mina o encomienda donde hubieran prestado sus servicios”, lo que vislumbra el primer ensayo del Seguro Social de Vejez, ya que establecía el derecho al retiro, la edad límite para alcanzarla y una recompensa económica, toda vez que el salario los indios lo recibían en dinero.

Como dice Rebagliati “se ve, pues, que en la Legislación de Indias cuidaron sus autores de atender por lo menos en la forma y con las restricciones impuestas por las ideas de la época, el bienestar de los nuevos vasallos y si sus preceptos no lograron efectividad, culpa fue de la renuencia de los encargados de aplicarlos y de la sordidez de los conquistadores, más dados a las algazaras de los combates y a la lujuria del oro, que a las leyes, ordenanzas y cédulas que trasgredían por incomprensión de sus fines, por la arrogancia de su improvisado señorío y por el ninguno y menguado temor a castigos que la distancia entre el juzgador y el delincuente hacían ineficaces e irrisorios”.

Una Real Cédula expedida en Valladolid, en noviembre de 1601, ordenaba al Virrey del Perú para que los indios ocupados en las faenas de las minas, tuvieran “muy particular cuidado de su salario y buen tratamiento en lo espiritual y temporal, y que los enfermos sean muy bien curados”, además disponía que los indios de tierra fría, no sean llevados a otra cuyo temple fuese caliente, ni al contrario, porque esta diferencia es muy nociva a su salud y vida”, y en previsión de los accidentes de trabajo para evitar que la raza aborigen se diezmará, la misma Cédula contiene estas recomendaciones: “que las minas no se labren por los sitios peligrosos y que en su desagüe no se utilice a los indios”.

Los primeros años de la Independencia no fueron como es de suponer muy promisorios para la atención del aspecto social que comentamos, ya que la tremenda convulsión bélica distraía íntegramente la preocupación de los líderes de ese movimiento para consolidar los triunfos que en Junín y Ayacucho tuvieron su glorioso epílogo.

Sin embargo, cuando San Martín asumió el título de Protector del Perú —(3 de agosto de 1821)— declaró que sus deseos eran “adelantar la sagrada causa de América y de procurar la felicidad del pueblo peruano”.

Bolívar, como Gobernante y Legislador recomienda como postulado que “el sistema más perfecto de Gobierno es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de Seguridad Social y mayor suma de estabilidad política”.

INFORMACIONES SOCIALES

Nuestra Constitución de 1822, en uno de sus artículos establece: "Los socorros públicos son una deuda sagrada de la Sociedad".

En la primera etapa de la Previsión Social en favor de los servidores del Estado, se contempla el otorgamiento de pensiones de jubilación, cesantía y montepío, que se les otorgaba en virtud de la Real Cédula de 1803 y que fue sustituida por la de 20 de noviembre de 1839; Decreto Supremo de 1841 —Ley de 1850 y Decreto Supremo de 1851— que con algunas modificaciones se encuentran vigentes.

En 1905 el Congreso estudia el proyecto de reglamentación sobre Higiene y Seguridad de los Trabajadores, Trabajo de los Niños y Mujeres; Descanso Obligatorio; Accidentes de Trabajo; Contratos de Trabajo; Conciliación y Arbitrajes, etc.

La ley de accidentes de trabajo se promulga en 1911 y la protección de los menores y mujeres en 1918.

En nuestras Constituciones de 1919 y 1933 se consignan principios de previsión social, que culminan con nuestra ley de Seguro Social Obligatorio, en 1936.

En fin, siempre el hombre como unidad socio-biológica, por diversos medios, fáciles o difíciles, ha tratado de encontrar el mejor camino para su bienestar y seguridad, como meta promisoria para su felicidad, proyectada instintivamente en la conservación de la especie como cuspide de su máxima aspiración, como dice Aguirre Loustan, "el hombre lleva en sí una serie de valores, como son: la libertad, la justicia, el conocimiento, la inteligencia, etc., todos ellos colocados en una determinada correlación, en forma que a través del que se valora como principal se aprecian los demás, o sea que, a través de la consecución del valor se afirma el logro de los restantes, para llevar el fin primitivo del hombre".

Al cuadro incipiente de la asistencia social, en su expresión beneficiante de la caridad, al de las asociaciones de castas religiosas, sucedió la organizada por el Estado, como obligación propia de su responsabilidad de carácter público, e impuesta por infinidad de circunstancias, que culminarían con el propósito de defender el patrimonio humano, suprema fuente de producción y progreso de los mismos. Era el instante en que emergía exuberante y floreciente lo que habría de constituir el **derecho social**, que en esencia regula las relaciones entre los dos factores poderosos de la producción: el capital y el trabajo, se establecen amplios programas de reforma social, seguridad e higiene industrial, protección a los niños y las mujeres en el trabajo, descanso dominical y días festivos, horario máximo de trabajo, ley de protección a los trabajadores en los accidentes y enfermedades profesionales, se incrementa y regulariza la lucha contra las enfermedades sociales, con amplios programas de previsión y educación. Todo esto y mucho más se consigue con el correr del tiempo y con el criterio de las soluciones sustanciales y técnicas, que culmina en 1919, cuando en Versalles se firma la paz y se crea la Oficina Internacional del Trabajo, que es preciso recordarlo una vez más, es uno de los primeros abanderados en las conquistas y desenvolvimiento de los Seguros Sociales en el mundo.

Nuestro país, en materia de legislación social, como hemos visto

INFORMACIONES SOCIALES

se anticipó más de una vez a las conquistas de la época. No era de extrañar que tan pronto como la Oficina Internacional del Trabajo, anunciara en la Conferencia del Trabajo de los Estados de América, en enero de 1936, que “el Seguro Social Obligatorio es el medio más racional y eficaz de procurar a los trabajadores la seguridad a que tienen derecho”, que el 12 de agosto del mismo año se promulgara la Ley 8433, que dió vida a la Caja Nacional de Seguro Social Obligatorio del Perú. La asistencia y la previsión de los trabajadores peruanos quedarón confiados a esta nueva organización, que recogía no sólo las pautas de enseñanza de los regímenes implantados en Alemania, Austria y Gran Bretaña, sino las valiosas recomendaciones de la Conferencia Internacional del Trabajo, fruto de amplios estudios y meditadas encuestas.

Insurge en la vida nacional, con carácter nuevo, dinámico y colectivista, sobre la triple participación de empleadores, obreros y el Estado, el Seguro Social Obligatorio peruano, una de las realizaciones alcanzadas en base a la justicia social, redoblando el ritmo de su marcha hacia el progreso. Los médicos, los que participamos activamente en el desenvolvimiento y técnica del Seguro Social, acogimos con verdadero interés patriótico, el esfuerzo del Estado por organizar sobre bases de justicia y de derecho, la seguridad social que como hemos dicho reclama el hombre con apetencia a través de los tiempos. Nuestra participación ha sido noble y desinteresada, pero sujeta en su evolución y en sus fines a los postulados del gremio médico que requiere su sitio dentro de las organizaciones del Seguro Obligatorio. Sobre el particular, conviene recordar lo que Carlos Enrique Paz Soldán dice: “Sin Dios, sin conciencia y sin ciencia, no hay ni medicina, ni seguridad social. La una se degrada, convirtiéndose en servidumbre; y la otra, se ensoberbece creyéndose patrona”; y agrega: comentando la opinión del “British Medical Association”, aparecida en su revista “The Journal” de 23 de noviembre de 1957, lo que ofrece como ejemplo de la implantación de la ley en el Reino Unido, después de 10 años de experiencia del “National Health Act”, que dice: “La presente discusión, nosotros la estimamos como una crisis de confianza entre la Profesión y el Gobierno. La crisis todavía existe. “The National Health Service”, tiene urgente necesidad de reforma. Pero un necesario requisito es el establecimiento de confianza entre el Gobierno y nosotros, en forma tal que podamos ofrecer y prestar al país un eficiente régimen de asistencia para contento de los hombres y mujeres de la Nación”.

En el mismo documento en forma conceptuosa y que reviste trascendente importancia por su actualidad, afirma: “En lo que respecta a lo cualitativo relacionado con el ejercicio de la medicina, la asistencia de psiconeurosis brinda una excelente ilustración sobre sus tendencias actuales. Tal vez en los años recientes no ha habido una sección de la medicina que demande mayor tiempo y cuidado que la asistencia de los mentalmente enfermos. No hay duda que la intensa presión de la vida moderna, completamente alterados sus patrones y otros factores más, ha afectado a mucha gente. El médico práctico es a menudo

INFORMACIONES SOCIALES

consultado por personas que han quebrado su yo, bajo la ansiedad, anhelantes porque la cirugía venga en su alivio, para curar los síntomas derivados de miedos ocultos. Hoy este tipo de paciente requiere mucho más tiempo y fatigas para su examen. No sólo tal paciente demanda simpatía y reaseguro espiritual sino además que los modernos y costosos medios a disposición del diagnóstico general tienen dificultad y consumen tiempo para lograr separar tal complejo y ofrecer una prueba negativa. La demanda por “estimulantes”, la lucha contra la depresión y el insomnio, el ansia por píldoras para adelgazar y más recientemente el clamor por los “tranquilizadores” son ejemplos del tipo de problemas que confrontan los médicos al presente. Ante todo esto la sociedad pide mucho al médico de familia. El médico a su vez demanda seguridad para sí y confianza en su “empleador”. Y el Dr. Paz Soldán en su magnífico trabajo concluye: “Para que la asistencia sea efectiva y provechosa a una comunidad, no importa quien la provea y administre, indispensable es que el médico conserve su señorío artístico sin el cual los frutos no serán para la sociedad. El médico cuando tiene alma es la llama que alumbra este campo inmenso, la salud pública, colmado, pese a lumbraradas múltiples, de tinieblas”.

Marañón al referirse al avance social y al imperio de la técnica y del “cientificismo”, comenta: “La socialización, la lucha de clases, la pérdida del hombre, en una palabra, ahogado entre la multitud; terrible y angustiosamente solo, entre el gentío tumultuoso que se agita alocado, persiguiendo unos bienes que se convierten en humo a lo largo de esa carrera”, y Lamas López concluye tan bello pensamiento al afirmar “Y no supo o no pudo la medicina resistir esta oleada de hechos tan dispares y acusó sobre sí misma extrañas influencias. Las técnicas clínicas, la especialización y la superespecialización, responden a este concepto deshumanizado de la vida y surge el predominio del laboratorio y de los análisis, de las gráficas y de los aparatos, de los quirófanos y de las gigantescas fábricas de costosos específicos. No se tuvo en cuenta que detrás de todo esto se ocultaba la bancarrota del ejercicio profesional practicado por el hombre médico honestamente, humildemente, humanamente, que es el único modo, en mi sentir, de llenar el verdadero valor de nuestra bella profesión. Y así hemos llegado a tener que soportar, abochornados, que todo el mundo hable con gran aplomo de enfermedades y de medicamentos, desde la poble aldeana que nos pide que a su hijo se le “echen” los rayos, hasta la culta la tiniparla, que nos insinúa la conveniencia de prescribir el último anti-biótico de que habló Life o el Readers Digest”.

Aunque de aparente simplicidad en la forma, no fue fácil en nuestro medio determinar las categorías de asalariados a los que el Seguro Social debía comprender. La concurrencia de diversas circunstancias daban lugar a cierto género de limitaciones en la obligatoriedad del Seguro, quedando por estas causas postergados los trabajadores del servicio doméstico y los trabajadores independientes, pudiendo si lo deseaban inscribirse voluntariamente en el Seguro Facultativo. Se consideran como trabajadores independientes a “los pequeños industriales, agricultores y comerciantes, maestros de taller, artesanos y demás per-

INFORMACIONES SOCIALES

sonas naturales que se ocupan de labores semejantes". Las otras circunstancias que determinan las demás excepciones del Seguro Social, vienen impuestas por razones derivadas de la edad, la capacidad de trabajo, la nacionalidad, las relaciones familiares con el patrono y el salario.

Los riesgos que el Seguro Social Obrero Peruano cubre son los de Enfermedad, Maternidad, Invalidez, Vejez y Muerte. El Seguro de Enfermedad comprende la asistencia médica y terapéutica; y la reparación del daño económico emergente mediante subsidios.

Definida así la estructura del Seguro y su finalidad inmediata debemos ahora, con miras a una mejor orientación, referirnos a sus proyecciones objetivas durante los diez últimos años en el Hospital Obrero de Lima. Es necesario incidir que este Nosocomio es mixto, construido sobre una área de 42.046.37 m², con capacidad para 850 camas, y en el que además se proporciona asistencia ambulatoria mediante consultorios externos para todas las especialidades y un servicio adecuado rural y domiciliario. Las cifras estadísticas registradas en el año 1948, dan un total de 135.352 asegurados en la zona de la provincia de Lima, radio de acción del Hospital Obrero. Sobre ese total de asegurados se atendieron en los consultorios externos y Servicio Domiciliario 380.237 consultas, y fueron hospitalizados en los distintos servicios 8.849 pacientes.

En el año 1956 —cifras estadísticas disponibles— el número de asegurados ascendió a 195.848, lo que representa un aumento de 4.5%, y las consultas en los consultorios externos y servicio domiciliario se elevaron a 637.691, con 60% de aumento, siendo los hospitalizados 13.273, o sea 50% de aumento.

Fácil es advertir el incremento de la población de asegurados y por tanto el número mayor de pacientes atendidos, lo que ha motivado importantes reformas y extensión de servicios para acondicionar el Hospital Obrero a las necesidades cada vez más crecientes, a la vez que incorporar nuevos servicios y equipos fruto del avance de la técnica médica y quirúrgica.

3.—EL RIESGO DE ENFERMEDAD Y SU CORRELACION CON LAS PRESTACIONES FARMACEUTICAS

No podría considerarse eficaz, ni cumplir la finalidad para la que está destinado el Seguro Social, si la asistencia médica no se correlaciona con la prestación farmacéutica. No es suficiente proporcionar al paciente la atención médica de más alta calidad, como anotamos antes, si ésta no va acompañada con toda oportunidad de los medios terapéuticos indispensables e insubstituíbles. Sobre este particular es conveniente anotar que "en cualquier caso ha de tenerse presente como postulado fundamental que el médico ha de tener libertad para elegir y prescribir el tratamiento que crea más conveniente para la recuperación total del paciente, sin otra limitación que la que le señalen sus deberes profesionales. La institución aseguradora puede y debe reco-

INFORMACIONES SOCIALES

mendar al médico que elija siempre el tratamiento más eficaz y perfecto, atendiendo a que la curación del enfermo se realice por el método más rápido y económico”.

Para la eficacia de este sistema de libertad irrestricta, deben mantenerse ciertas normas que eviten el prejuicio de orden terapéutico por el empleo de medicamentos de alto costo, fácilmente sustituibles sin que por ello se altere la acción curativa. Los distintos sistemas de provisión de medicinas, ensayados dentro de los regímenes de asistencia y previsión social, nos permiten estudiarlos y analizarlos ampliamente para poder así establecer el que por la experiencia resulta más adecuado y económico.

El Seguro Social Obligatorio del Perú, otorga prestaciones de farmacia en virtud de lo dispuesto por las leyes 8433 y 8509, que disponen la obligatoriedad del suministro de los elementos terapéuticos indicados en cada caso por los médicos, incluyéndose sueros, vacunas, inyectables, etc. Inciden las leyes en referencia lo anteriormente expuesto, o sea que los medios terapéuticos serán seleccionados con criterio de economía, pero sin prescindir de aquellos que no obstante su valor fueren necesarios.

En el Hospital Obrero de Lima, la asistencia terapéutica de los enfermos se efectúa mediante la provisión de los medios curativos sin costo alguno para el asegurado. El número de consultas atendidas en los Consultorios externos del Hospital y en los servicios domiciliario y rural, que le son conexos, alcanzó en los años de 1948 a 1957, un total de: 5'545.173 y el número de recetas extendidas y despachadas por los servicios de farmacia fue de 10'446.037, lo que da un promedio total de 1.9, recetas por paciente atendido.

Para mayor ilustración nos referiremos a las cifras parciales que corresponden a cada año:

Año	Consultas atendidas	Recetas despachadas	Promedio por cons.
1948	415.340	635.706	1.5
1949	403.496	483.856	1.2
1950	478.486	564.330	1.2
1951	556.714	810.139	1.2
1952	543.727	959.827	1.8
1953	549.506	1'047.339	1.9
1954	592.736	1,102.138	1.9
1955	640.673	1'377.413	2.1
1956	645.532	1'451.357	2.2
1957	718.963	2'013.932	2.8
	5'545.173	10'446.037	

Entre los años de 1948 a 1957, el monto total de lo gastado en medicinas y útiles de curación ha sido de S/. 72'184.994.45. Para determinar mejor el significado que tiene la prestación farmacéutica,

INFORMACIONES SOCIALES

en el complejo engranaje de los seguros sociales, y la necesidad constante del control de la misma, estudiaremos con más detenimiento este aspecto al tratar del control económico de las prestaciones farmacéuticas, título de uno de los capítulos de este artículo.

4.—EL FARMACEUTICO EN LA ORGANIZACION DE LOS SEGUROS SOCIALES

Conviene antes de situar al Farmacéutico en la organización de los seguros sociales, referirnos sucintamente al curso que la profesión tuvo en nuestro país, en el devenir del tiempo. Dice el profesor Juan B. Lastres, en su Diccionario Médico: “Es de suponer que, entre los vasallos de Manco, el médico fue al mismo tiempo, boticario y ejerció ambas funciones sin que se marcara tendencia alguna a la división profesional”. “Los curanderos del primitivo Perú, como los de muchos países primitivos, ejercieron funciones complejÍsimas y fueron en muchos casos, médicos, boticarios y sacerdotes y emplearon en el tratamiento de las enfermedades, prácticas religiosas, conjuros e invocaciones a sus divinidades, creyendo como creían que muchas de las enfermedades eran producidas por el enojo de la divinidad y fueron tratadas como manifestaciones del desagrado a la divinidad por la conducta observada por el enfermo”.

Tampoco hay referencias concretas sobre el ejercicio de la profesión farmacéutica en los primeros años de la Conquista, pero queda establecido que en el año 1537, el Proto-médico Hernando Sepúlveda efectuó la primera visita de boticas, lo que hace pensar en la existencia de ellas de tiempo anterior.

Con acucioso interés Antolín Bedoya Villacorta ha estudiado y dado a conocer en recientes publicaciones la más completa historia de la Farmacia en el Perú. Si la contribución del farmacéutico fue decisiva en el campo científico no fue menos importante su contribución en la obra de la Independencia Nacional. El profesor Juan B. Lastres, en su obra sobre la “Historia de la Medicina Peruana”, incorpora un estudio sobre la Farmacia citando aspectos de sumo interés histórico. En las gestas libertarias el farmacéutico no importándole ni los peligros ni las privaciones a que iba a estar sujeto, ofrendó a la Patria su vida y su fortuna. Refiriéndose a este capítulo, el Dr. Lastres, repite con Bedoya Villacorta: “Cuando el General San Martín estuvo en Huaura con gran parte de su ejército extenuado por el paludismo, disentería y otras enfermedades tropicales, Geraldino, venciendo la estricta vigilancia realista en esta ciudad amurallada, hizo el servicio interesante de remitir con toda seguridad un botiquín importante por el valor de 4,000 pesos, que gratuitamente obsequió y que el General San Martín mandó pedir a Huaura para salvar el resto de su ejército de la espantosa epidemia que en él grasó”.

Acción patriótica emergente de la santa cruzada de la independencia y acción dogmática destinada a juzgar la verdad en defensa de los fueros de la profesión cuando luchó tenazmente por su ejerci-

INFORMACIONES SOCIALES

cio libre de la influencia del Protomedicato, sin obligación de pagarle derechos por exámenes y visitas de Botica, fueron las características singulares que puso de manifiesto el Farmacéutico.

Pero si la participación del Farmacéutico en los albores de la Independencia fue digna y ejemplar, como lo fue en la defensa de sus derechos, no menor ha sido su contribución en el campo científico. Agustín Cruzate, profesor de farmacia en el Colegio de San Fernando, en 1821, fue el primero en haber preparado el sulfato de quinina. Así transcurren los años, hasta que llegamos al momento actual en que la profesión farmacéutica se incorpora definitivamente al movimiento social que es la característica de esta época. En el engranaje colectivista, el Farmacéutico ocupa su lugar al lado del médico, como forjadores inseparables en los programas de seguridad y bienestar social.

De este modo, encontramos a la profesión farmacéutica, ligada a los sistemas de Seguro Social, cobrando carácter de facultativo de la Institución, y asumiendo por ello los derechos y obligaciones inherentes a todos los demás profesionales.

5 — EL SERVICIO DE FARMACIA EN EL HOSPITAL

La Farmacia de un hospital es el servicio que está bajo la Jefatura de un profesional diplomado competente y con título académico, que atiende el despacho de recetas a los servicios hospitalarios propiamente dichos y a los servicios ambulatorios, sea del propio hospital o de las postas — o servicio rural y domiciliario.

Objetivos:

- a) Suministro de medicinas a cada uno de los Servicios Asistenciales del Hospital;
- b) Preocuparse porque la clase y cantidad de las medicinas y útiles de curación sea suficiente y de buena calidad;
- c) Que la organización del mismo esté en armonía de eficiencia y rendimiento con los restantes del Hospital;
- d) Resguardar en óptimo grado los principios de ética profesional;
- e) Que las relaciones con los distintos departamentos del Hospital, con la clientela que a él acude sea de la mejor calidad;
- f) Cuidar del patrimonio del Hospital — para que los controles necesarios y solicitados puedan rendir el máximo de eficiencia;
- g) Que la dotación sea completa y en armonía con las solicitudes que se hagan, manteniendo previamente informados a los médicos de los stocks —y nuevas drogas y productos recibidos— evitando en lo posible, que queden sin utilidad grandes stocks;
- h) Cumplir los preceptos básicos y con las leyes vigentes sobre declaración y pedidos rigurosos de narcóticos y sustancias tóxicas.

INFORMACIONES SOCIALES

Aunque no es preciso insistir en cada uno de los enunciados —ya que por sí solos se explican— no obstante conviene puntualizar algunos aspectos.

Un hospital calificado presupone un Servicio de Farmacia bien organizado — de elevado nivel ético y profesional.

Como condición primera —debe hacer un recuento metódico de sus existencias — de sus consumos y de sus requisiciones futuras.

En relación a sus existencias es recomendable el uso de los vademécum o listas standard de prescripciones, que lejos de limitar la libertad del médico para las prescripciones, le es una guía muy útil ya que lo tiene informado al detalle de todo y cada una de las especialidades farmacéuticas que han sido adquiridas después de un cuidadoso examen de las necesidades y de la bondad de las medicinas y específicos, evitando que la deformación de una propaganda comercial pueda influir en forma negativa.

En nuestro reglamento del Hospital Obrero de Lima se consignan los siguientes conceptos:

Ha quedado constituida la Comisión Permanente que supervigilará la parte técnica correspondiente al suministro de drogas y específicos para el Hospital Obrero de Lima.

Esta Comisión Permanente está integrada por el Director del Hospital, los Sres. Jefes de Departamento, Sres. Jefes de Servicio y el Sr. Jefe del Laboratorio de Farmacia.

Actuará como Secretario el Farmacólogo del Hospital, quien absolverá cualquier consulta o reclamo en relación con el Petitorio.

El Médico por orden regular puede solicitar a la Comisión Permanente la inclusión o separación de determinado producto terapéutico en el Petitorio.

A) Para pedir su inclusión es necesario:

- 1.—Que previamente haya sido aceptado por el Ministerio de Salud Pública.
- 2.—Que no exista en el Petitorio de la organización, ningún producto de efectos terapéuticos iguales y formas farmacéuticas semejantes.
- 3.—Que no haya otro de iguales efectos, de mayor facilidad de aplicación en la lista de medicamentos según la experiencia del Médico.
- 4.—Sólo excepcionalmente pedirá un médico de una especialidad, medicamentos que correspondan a otras ramas altamente especializadas.

B) La formulación de los medicamentos debe seguir ciertas normas.

Los inyectables, comprimidos, cápsulas, tabletas, etc., se formularán por unidades y no por envase.

Las Fórmulas Magistrales en vehículo líquido: como cucharadas, gotas, etc., en centímetros cúbicos o mililitros (ml.).

INFORMACIONES SOCIALES

Los específicos: líquidos, ungüentos, de acuerdo al envase manufacturado, o según el volumen y peso requeridos.

Narcóticos: se formularán poniendo dosis y cantidad de unidades recetadas de puño y letra y en recetario aparte.

C) Especialidades farmacéuticas.

Las especialidades farmacéuticas, se recetarán en lo posible con su nombre químico o técnico abreviado, vg.: hidrocortisona, tetraciclina, penicilina, etc., y no con el nombre comercial del preparado, ya que existen a veces estos medicamentos inmovilizados por haber sido recetados con otro nombre comercial.

Cierto tipo de medicamentos podrá recetarse con nombre comercial excepcionalmente debido a que su uso ya ha sido consagrado para identificar el producto, como sucede con la Terramicina, Mafarside, etc.

Aquí quedan incluidos un grupo de medicamentos misceláneos que la Comisión Permanente cree conveniente incluir bajo esta regulación.

D) Revisión del Petitorio.

Mensualmente se hará una revisión del Petitorio, además de resolver inmediatamente cualquier modificación que esté incluida en el inciso A.

La Comisión no cree que el Petitorio sea perfecto; esperando que con el tiempo y sugerencias de los Sres. Médicos su mejoramiento sea permanente.

En relación a los Hospitales Obreros de PROVINCIAS, se formarán comisiones presididas por el Sr. Director del Hospital, los Sres. Jefes de Farmacia, quienes emitirán sus informes a la Comisión Permanente del Hospital Obrero de Lima.

a) El valor terapéutico de un producto está en relación directa con la pureza y calidad óptima de los componentes que se emplean en la elaboración de los mismos. La idoneidad de una Farmacia o de una casa de fabricación de Productos Químico-Farmacéuticos, son la mejor garantía de su calidad, de donde la selección de las casas vendedoras y sus agentes es de primordial importancia, sobre todo en la compra de productos de conservación limitada: vacunas, antibióticos, sueros, inyectables, productos biológicos, etc. Los controles oficiales por la División de Farmacia del Ministerio de Salud Pública, son valiosos pero sería deseable contar dentro de la Asociación Peruana de Hospitales con una sección u organización, que como el "Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana" cumple su acción controladora. Se comprende que un organismo de este tipo, debe tener un personal muy capacitado y por consiguiente bien rentado y contar con equipos de trabajo suficientes en cantidad y calidad.

En relación con este mismo punto, conviene insistir lo suficiente para recomendar que los Almacenes de Farmacia y el Departamento de Compras deben estar asesorados por Químicos-Farmacéuticos, com-

INFORMACIONES SOCIALES

petentes. Su intervención es valiosa y justifica cualquier esfuerzo económico de las Instituciones, ya que sus consejos y control evitaría la compra de artículos superfluos, duplicidad de los mismos, por tener nombres distintos, pero básicamente de la misma composición química. Ninguna Institución de importancia dejará de reconocer este acierto, ni menos negará que la falta de previsión y conocimientos de los funcionarios responsables de compra de artículos de farmacia, han admitido en los Almacenes a su cargo, productos de poco o ningún consumo, lo que a postre significa grandes pérdidas. Como ejemplo podemos tomar la selección de artículos como catgut, jeringas hipodérmicas, o antibióticos, para expresar que en los balances anuales —hemos sido informados de cómo se ha resentido la economía de la Institución, cuando, sin conocimiento técnico se eligieron. Y no digamos nada respecto a la conservación de los productos medicinales y útiles de curación. La humedad, la luz, la insuficiente capacidad de los anaqueles o la falta de precauciones, ha sido la razón por la que muchas cajas de películas radiográficas o productos químicos, se han deteriorado irremisiblemente.

b) El ejercicio profesional del farmacéutico exige de éste un alto nivel de eficiencia y gran moralidad. Constantemente debe renovar sus conocimientos, nutriéndose de los avances de la ciencia, en publicaciones de revistas de su especialidad, concurriendo e interviniendo activamente en las reuniones del Cuerpo Médico, Conferencias o Certámenes internacionales y promoviendo en el personal a sus órdenes, la inquietud por la superación técnica y ética, haciéndolos activos participantes de reuniones y conferencias adecuadas al caso. Nada escapa en el Hospital a las corrientes de progreso universal. La cultura y capacitación no es exclusividad de nadie, en cambio, es obligación de todos contribuir a su mejor formación técnica, gracias a su esfuerzo y a las facilidades que todo hospital moderno debe brindar a sus colaboradores en todos los ámbitos del mismo.

c) El Departamento o Servicio de Farmacia atiende a toda la clientela de enfermos o sus familiares, y representa un alto porcentaje de costos, de donde sea menester preocuparse de analizar los gastos para encontrar las vías de economía posibles. Qué productos de uso corriente, conviene preparar en los propios laboratorios y qué otros es más conveniente comprarlos ya manufacturados, aconsejar sobre el sentido comercial de la producción en serie, a través de las estadísticas conveniente y oportunamente elaboradas, para lo que contará con la colaboración inmediata de los Departamentos de Contabilidad, de Costos, Enfermería, Adquisiciones, Cuerpo Médico y Servicios Generales.

La presentación de cuadros comparativos, gráficas, dará una idea esquemática del problema, para sacar las conclusiones sobre costos, pérdidas, mejoras que deben tomarse en consideración en este dedicado aspecto del problema.

El control de todas las existencias de productos farmacéuticos: en los Laboratorios de Producción, Almacenes o Stocks de los mismos, botica y botiquines de los servicios clínicos y de emergencia, postas y servicios rurales y domiciliarios, deben ser periódicamente visitados y con-

INFORMACIONES SOCIALES

trolados por el Jefe del Departamento de Farmacia, para cerciorarse, no sólo de las existencias, sino para verificar eficientemente los consumos semanales o diarios.

Valdría la pena en este lugar decir breves palabras respecto al suministro de productos. Se oye diariamente que las licitaciones son la mejor garantía de evitar abusos o actividades reñidas con la buena marcha administrativa. Pero habría que añadir, que en toda institución que compra pequeñas o grandes cantidades de productos, debe existir siempre una junta calificadora y debe estar presente siempre el técnico, para escuchar su opinión. Después de un estudio minucioso de cada caso, la Junta Calificadora podrá estar en situación de emitir su informe definitivo e indiscutible. El problema en sí, es sencillo, pero debe guardarse al máximo el prestigio de la institución para evitar cualquier suspicacia o interpretación antojadiza y estar garantizado, siempre por documentación completa y ordenada. Ante el requerimiento de un Servicio o de un Jefe de Departamento, se le debe pedir informe escrito, visto el cual la Junta Calificadora emitirá su informe respectivo que respalde en última instancia la gestión ulterior de la autoridad responsable del pedido. Cuando no se procede en esta forma se puede dar margen a justificadas sospechas. Una sola persona, por digna e insospechable que sea, no puede tener ni la versación ni la capacidad para poder saber de todo, y por ende, decidir una compra. Los comités o juntas de control, deben estar formadas por los Jefes de Departamento, que se reunirán tantas veces como sea necesario, para calificar las licitaciones. No siempre el mejor precio es garantía suficiente. A veces hay que elegir productos más caros pero cuya procedencia no deja lugar a dudas. En la misma forma se procederá con los otros artículos de consumo del hospital.

La apreciación de las casas proveedoras y de sus agentes es necesario llevarla en kardex especiales, donde se anotarán todos los detalles concernientes a la calidad del producto, esmero en la atención, conducta comercial, y cuantos detalles sean útiles para descartar a aquellos que no han sabido o no han podido mantener una línea ética en sus tratos con la Institución.

d) La Farmacia no debe entregar ningún producto, ni en la más mínima cantidad, sin una receta del médico responsable y autorizado por la Institución de poder formular; por lo que se deberá llevar un registro de firmas, para su identificación inmediata. Es aconsejable el uso de formularios numerados y con el nombre del facultativo. Aquí debemos expresar que no es infrecuente la suplantación de firmas, sobre todo en los casos como el nuestro, en que el suministro de medicinas es gratuito. Hemos adoptado, además, el control mediante los "Registros Regulares de Citas a los Pacientes" en cuyos partes el enfermo atendido ocupa un número correlativo, el que es anotado por la Asistente del Consultorio respectivo, en un sello o contraseña que se estampa al reverso de la receta y firmado por la susodicha auxiliar. Con este sencillo control creemos haber logrado mucho.

Las recetas despachadas, por médico y por consultorio, son convenientemente ordenadas y enviadas a la oficina de control, donde por

INFORMACIONES SOCIALES

medio de las máquinas Hollerith, se hace el descargo del producto, para hacer el cómputo de gastos y saber por consiguiente, las existencias remanentes. El control de recetas lo hemos dividido en dos secciones: una para los asegurados y otra para el personal de la Institución y sus familiares (que se diferencia en el color de la receta), a quienes la Institución otorga este tipo de prestaciones; en esta forma se evitan las recetas de favor, ya que cualquier prescripción que se dé al empleado o familiar debe estar anotada en su respectiva historia clínica y por consiguiente en el parte respectivo del Consultorio a que aludimos en líneas anteriores.

Para el despacho de específicos se impone la receta única, así el control es más efectivo y el trabajo en el Departamento Hollerith más cómodo y perfecto.

Lo mismo se hace con los narcóticos y sustancias tóxicas, los que deben respaldar los controles respectivos, que por ministerio de la ley están obligadas las Farmacias, las que llevarán un libro especial, que periódicamente es controlado por la División de Farmacia del Ministerio de Salud Pública y que por otra parte sirven para la reposición regular de los mismos. Las recetas serán escritas con tinta, de puño y letra del facultativo; una vez despachadas serán anuladas y guardadas en riguroso orden.

Los riesgos del Seguro Social y las prestaciones farmacéuticas:

Nuestra legislación contempla en la Ley N° 8433 de 12 de agosto de 1936, concordada con la Ley N° 8509 de 23 de febrero de 1937 y con la Ley N° 11321 de 24 de marzo de 1950, en su capítulo VI, Artículo 28: a) asistencia médica general y especial; b) asistencia hospitalaria; c) servicio de farmacia, y d) subsidios en dinero.

De estos sólo vamos a ocuparnos de las prestaciones de farmacia.

Se comprende fácilmente, como lo decíamos al comienzo de este trabajo, que poco o nada significaría para el éxito del tratamiento de un paciente, si sólo se le otorgaran las prestaciones médicas, para que el enfermo tuviera que proporcionarse por sus propios medios las medicinas. En la mayoría de los casos, por mucho que quisieran obtenerlas se verían privados de hacerlo, por la limitación de sus recursos máxime en este momento, en que los elevados costos de los mismos limitan al máximo su adquisición, y no digamos nada de lo que pasaría en una dolencia de larga duración. El complemento del trabajo médico, después de un examen racional, se traduce en la prescripción facultativa. Todo este valioso aporte se perdería si el seguro no contemplara el otorgamiento de las medicinas.

Conviene decir breves palabras respecto a la libertad del médico para prescribir una vez que ha llegado al convencimiento pleno de definir una conducta terapéutica. Racionalmente debe garantizarse esta libertad dentro de las limitaciones propias de la capacidad económica de la Institución, pero sin que de ningún modo se pretenda recortar su derecho a suministrar todo lo que la ciencia ha puesto a su alcance para el cuidado óptimo de su enfermo y que asegure por otro lado su



INFORMACIONES SOCIALES

restablecimiento en el menor tiempo posible, para una vida útil a sí mismo y a la colectividad o para prevenir o aminorar una invalidez.

Puesto que la enfermedad condiciona un estado de incapacidad temporal o permanente del trabajador, que afecta en grado sumo su deficiente economía o aptitud de ganancia, tanto desde el orden personal como familiar, los hospitales del Seguro deben tener la capacidad suficiente para suministrar a los mismos una asistencia profesional de primera clase, contando con todos los recursos disponibles e imaginables para hacer un diagnóstico preciso y oportuno, instituir un tratamiento eficaz y una medicación suficiente, racional y ventajosa, evitando el uso de productos de dudosa actividad, inucos o superfluos, y sin excederse en sus prescripciones.

Como dice F. Lamas López: "si se ejerciese la profesión con todo el rigor de que el médico es capaz, explorando a conciencia y diagnosticando de verdad, atendiendo al enfermo con independencia de su condición social y de que pertenezca o no al Seguro; huyendo de la polifarmacia, dejando de sobrecargar al especialista para evadir de la realización de una historia clínica correcta, procediendo en una palabra, con un sano criterio profesional, todos estos problemas no existirían, ni dentro del Seguro, ni fuera de él. La propia conducta del médico es la que fundamenta la confianza del enfermo en cada facultativo. Es quizá esa conducta, la que interesa hacer perfecta".

Evidentemente que el prestigio del profesional condiciona en las relaciones del paciente y médico, papel de gran importancia, ya que la solvencia y prestigio de éste es impermeable a las apetencias desorbitadas del asegurado, quien a toda costa trata de obtener medicinas, aunque no las necesite, llegando en su ignorancia incluso a discutir si la administración del mismo debe ser por tal o cual vía. Llama la atención en este sentido la enorme cifra de inyectables que diariamente tiene que administrarse en consultorios especiales, que han venido en llamarse "Consultorios de Inyectables". No es el momento en que comentemos la tremenda responsabilidad que esto significa en la génesis de las hepatitis a suero homólogo. Pero no es inconveniente para llamar la atención de los médicos, sobre la tremenda responsabilidad que les atañe y que es tiempo de reaccionar para poner coto a estos excesos. Sólo a ellos concierne, en esencia, decidir cuál debe ser la conducta terapéutica recomendada y sus determinaciones en este aspecto deben ser ampliamente respaldadas, evitando las interferencias de las autoridades administrativas, que no harían otra cosa que lesionar el prestigio y autoridad del médico con gran daño para el buen crédito del hospital y con las irreparables consecuencias de la falta de confianza mutua entre los asegurados y el médico tratante y entre éste y la Institución.

No podemos dejar de consignar el hecho de que siendo el suministro de medicinas gratuito, ha despertado en algunos asegurados el deseo de lucro, llegando en algunos casos al insensato extremo de falsificar las recetas lo que, como decíamos en otro lugar, ha obligado a tomar medidas de severos controles que a veces han sido equivocadamente interpretados por los mismos médicos, pero, felizmente, com-

INFORMACIONES SOCIALES

prendidos y superados, una vez que conocieron las razones que las condicionaron. Es en estas circunstancias que se reconoce en su justo valor, la actualización de los “petitorios” o “vademécum” aprobados por la Comisión respectiva, pues en última instancia el facultativo puede explicar al asegurado los alcances y regulaciones a que está sujeto y escudarse en él, para frenar los injustos cargos o solicitudes intrascendentes y reiteradas.

La mejor manera de prever las contingencias que en líneas anteriores hemos comentado, es la divulgación de estos conceptos en películas o conferencias en los centros de trabajo o en publicaciones o folletos, que deben ser regularmente difundidos entre las clases trabajadoras. Nuestra experiencia en este sentido es positiva, hemos tenido éxito cuantas veces nos ha tocado actuar en centros de trabajo, particularmente en los Servicios de Bronco-Pulmonares y Venéreas. Mas recientemente, con el auxilio de las enfermeras de Salud Pública, nuestro radio de acción ha crecido enormemente, justificando plenamente su implantación, con miras a futuras ampliaciones, sobre todo con la creación de los “Clubs de madres obreras”. En idéntica forma, las Asistentes Sociales han desarrollado programas de positivo beneficio.

El Servicio Domiciliario y Rural, implantado simultáneamente como los demás servicios asistenciales del Hospital Obrero de Lima, ha extendido el radio de acción tanto a la ciudad como al campo, llevando los beneficios de una asistencia médica adecuada a la par que el suministro de los medios terapéuticos suficientes, que son provistos por la Farmacia del Hospital a través de las prescripciones correspondientes que en última esencia condicionan el control. En cuanto al Servicio Rural particularmente, cada médico actúa ayudado por un enfermero diplomado y un chofer adiestrado como sanitario. El enfermero tiene a su cargo y bajo su responsabilidad un botiquín con medicinas y útiles de curación suficiente para suministrar la atención requerida. El control de despachos se verifica a través de la reposición de los consumos, los que son contabilizados para determinar el costo en cada caso y respaldado por cada receta individual y la correspondiente anotación en la respectiva historia clínica del asegurado. Además, el Servicio Médico Domiciliario y Rural se complementa con la atención de enfermeros y obstetrices diplomados que siguen las prescripciones médicas, sea aplicando inyectables cuando el caso lo requiere o efectúan las curaciones ordenadas.

El crecimiento de algunos centros fabriles ha condicionado la urgencia de contar con Postas fijas o Centros de Salud, en íntima y estrecha conexión con el Hospital; cuentan con todas las facilidades que este tipo de organizaciones necesitan. Dependen del Departamento Médico Rural y Domiciliario, pero tienen personal médico y auxiliar propio. En estas Postas el Servicio de Farmacia se satisface con un botiquín completo, perfectamente dotado. La responsabilidad de su manejo corre a cargo de la enfermera, el suministro y control periódico está a cargo del Hospital Base, a través del Servicio Farmacéutico.

No tiene otra particularidad que dar el máximo de facilidades a los

INFORMACIONES SOCIALES

asegurados, para evitar que éstos tengan que movilizarse hasta los consultorios del Hospital Base, que siempre están recargados de público y evitarles la incomodidad de los viajes y el ausentismo a sus fábricas, talleres o centros de trabajo.

En caso de que tengan que ser vistos por los especialistas, obstetras, ginecólogos, oftalmólogos, pediatras, dentistas, éstos se hacen presentes en días y horas fijas —durante la semana— tantas veces como sea necesario.

La congestión del tráfico es cada día mayor y en esta forma se ha tratado de aliviar las molestias, sobre todo la clientela femenina que era la mayormente afectada.

Nuestra experiencia, con estas postas sanitarias es satisfactoria y nuestro propósito futuro es multiplicar su número.

6.—LA ELECCION DE FARMACIA POR LOS ASEGURADOS

En el suministro de medicamentos muchos países han considerado conveniente que los asegurados obtengan los respectivos productos en las farmacias particulares con la presentación simple y llana de la receta que les ha sido extendida al efectuarse la consulta médica y previa la identificación de su calidad de asegurado. La Farmacia sin más requisito, despacha el producto y obtiene posteriormente del Seguro el reembolso de su valor.

Convendría hacer una pregunta: ¿Cómo puede la Farmacia identificar la autenticidad tanto de la firma del médico otorgante, como de la originalidad o validez de la receta? En líneas precedentes, hemos incidido en la frecuencia de suplantaciones de firmas y recetas que nos han obligado a ejercer minuciosos controles, los mismos que frecuentemente deben ser revisados y perfeccionados, estando persuadidos que a pesar de los mismos, aún, subsisten casos inevitables de fraude. Si el control directo e inmediato no es absoluto, ¿cómo podría realizarse y ser efectivo a través de recetas expedidas por farmacias que están fuera del control directo del Hospital? En nuestro Seguro, este sistema ha sido substituido por la adquisición del producto por el Servicio de Farmacia del Hospital, que hace el pedido al Departamento de Provisiones y Almacén Local, el que compra los medicamentos no consignados en el petitorio, directamente de las droguerías, casas importadoras y en algunas ocasiones de las mismas farmacias locales, para su entrega directa al asegurado, evitándose en esta forma la intervención de éste en la compra. Se garantiza así en primer lugar el suministro inmediato del producto a un precio mucho menor que el de la venta al público, toda vez que las casas productoras o distribuidoras acuerdan un porcentaje de descuento, para toda compra efectuada por el Seguro y se garantiza en esta forma la idoneidad de la receta y en muchas ocasiones cuando es posible, se compran los productos en envases comerciales económicos, que significa un menor costo, y pueden ser despachados utilizándose frascos, cajas o envolturas que eviten su comercio posterior por reventa. Este sistema nos permite confiar en que las medicinas han de ser empleadas por

INFORMACIONES SOCIALES

el paciente y que no pueden ser negociadas, debido a que al efectuarse su entrega se anula en forma adecuada (sellos especiales) las etiquetas originales y a veces incluso, se procede a la ruptura de los cierres de seguridad. A pesar de las precauciones anotadas no es infrecuente constatar que las medicinas son revendidas.

Cuando se trata de inyectables para asegurar su administración hemos creado los consultorios de inyectables y el Servicio Domiciliario correspondiente, los que están dando inobjetable resultados.

En los párrafos anteriores nos hemos referido sustantivamente al suministro de medicinas a los enfermos ambulatorios o domiciliarios, pero queremos hacer extensiva nuestra afirmación que los sistemas de control empleados no significan una limitación de las prescripciones terapéuticas, las que se cumplen proporcionando cualquier medicina, sea fórmula magistral o específica sin más taxativa que lo ordenado por el facultativo. Justo es reconocer que los asegurados tienen plena confianza y absoluta fe en sus médicos tratantes, y también que los médicos celosos de su ética profesional, de su prestigio personal, e intitucional, cooperan en acrecentar esta confianza, seguros del respeto y consideración que por ellos tiene el Hospital, que garantiza el pleno ejercicio de su carrera con las regulaciones que fija el Estatuto del Cuerpo Médico, y el Código de Ética, carta magna de su actividad y función cooperativa.

Es oportuno consignar, en esta ocasión, las indiscutibles ventajas que ofrece para el ejercicio de la medicina, cuando las instituciones de seguridad social poseen hospitales propios, máxime en los países donde el déficit de los servicios hospitalarios es ostensible o donde el estándar de éstos no corresponde al avance de la técnica moderna. Los hospitales propios, siendo instituciones de derecho con personería jurídica, su patrimonio es intangible y sus obligaciones intransferibles, lo que permite que respondan con solvencia y propendan a su perfeccionamiento creciente, de acuerdo a los progresos de la ciencia médica y hospitalaria. Es difícil conciliar los intereses privados con los que emanan de la colectividad que reclama un derecho, superior a todas las razones por elevadas que sean cuando está en juego, la salud, la vida y la felicidad y prosperidad de la Nación. La protección social de los trabajadores debe ser amplia y efectiva para cubrirlos de los riesgos que los acechan, para dejarlos a salvo del infortunio, de la inseguridad que trae consigo la enfermedad y la propia maternidad, que con ser muy importantes no excluyen a los de invalidez, vejez, desempleo, orfandad o muerte. Los hospitales propios tienen muchas ventajas que anotar, sus servicios son oportunos y más completos; permiten la selección de su cuerpo médico y la incorporación frecuente de nuevas especialidades, ventajas superiores en equipos y facilidades administrativas que dan una técnica de alta asistencia, lo que se traduce en mayor confianza y en positivo interés del enfermo por lo que le es propio, propendiendo a la educación de la masa asalariada en los principios de suprema confianza en las directivas de su médico. No es extraño que la experiencia que tuvo el enfermo durante el tiempo de su hospitalización, influya para que acepte de buen grado el control

INFORMACIONES SOCIALES

ulterior a través de los consultorios externos, y acoga con simpatía la prescripción de medicamentos que pueden ser fórmulas standard o específicos. El enfermo sabe que el hospital cuida de su salud, que su médico tratante conoce de su dolencia y por tanto es el único capaz de remediarla.

(Continuará)

—oOo—

Resultados sobre un viaje de estudios

Por la R. M. CRISTOFORIS M. S. C. (Bertha Deneke),
becada por la Organización Mundial de la Salud.

OBJETIVOS:

El viaje, aproximadamente de tres meses, fue solicitado y realizado con los siguientes objetivos:

- A. Conocer los diferentes cursos de Enfermería en los Estados Unidos de América y apreciar la educación actual de las profesionales.
- B. Conocer la filiación o integración de una Escuela de Enfermería a la Universidad.
- C. Conocer la arquitectura de nuevas Escuelas de Enfermería.

EXPOSICION:

Tan múltiples objetivos requerían un programa bien estructurado. Efectivamente, se me ofreció en la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de Salud, una jira por algunos Estados del Este de la Unión, principalmente a las ciudades de Washington, Filadelfia, Boston y Nueva York, donde me esperaba cada vez un programa bien planeado y personas que con mucha voluntad me ofrecieron toda información deseable, posibilidad de observación y ayuda.

Así tuve la ocasión de visitar y asistir a determinadas actividades o funciones de 20 Escuelas de Enfermería de diferentes tipos.

Aparte de éstas he tenido la oportunidad de tener conferencias con Educadoras en Enfermería, Dirigentes de agrupaciones profesionales, Oficinas Públicas o Instituciones interamericanas e internacionales, como p. ej.: Nursing Research y Sección "Equipment Branch of Hospitals", División en el Ministerio de Salud, Wash. D.C., Servicio Cooperativo Interamericano Sección de Enfermería, O.M.S., Sección de Enfermería de Nursing State Board del Distrito de Columbia, National League of Nursing, N. Y., American Nursing Association, N. Y.

Finalmente, también abarcaba mi programa de visitas centros asistenciales que sirven de campos clínicos para la experiencia práctica de las alumnas de enfermería y la Escuela de Enfermería de San José, Costa Rica. Así he podido obtener amplia información de todo

INFORMACIONES SOCIALES

lo que me interesaba y compararlo con la educación de enfermería actual en el Perú.

A. Diferentes cursos de Enfermería en los Estados Unidos

En Estados Unidos hay actualmente tres diferentes cursos básicos que conducen al diploma, registro y licencia del respectivo Estado:

(1) Un curso de dos años, desarrollado en la Universidad de Pensilvania. Las estudiantes tienen intensos cursos teóricos con énfasis en los principios inherentes a toda cuestión de enfermería y se limitan a poca, pero bien planeada práctica. Después de graduarse tienen de 6 meses hasta un año (en otras Escuelas) de práctica exclusiva a manera de un internado. Las profesoras manifestaron su satisfacción con los resultados y el interés que este curso ha despertado según el número de candidatas matriculadas.

No era el caso así en un curso de dos años en una escuela hospitalaria, (Pennsylvania Hospital), donde muy pronto se redujo el número de postulantes a la cuarta parte (de un promedio de 70 a 17 alumnas en el primer año de estudios en la actualidad). Esta Escuela está resuelta a retornar al curso de 3 años.

¿Sería el curso de 2 años para el Perú una posibilidad de aliviar la escasez de enfermeras? No creo que podría ser una solución satisfactoria del problema. La experiencia de los años en la educación de enfermeras, me ha enseñado cuán importante es para nuestras alumnas, la más estrecha vinculación y coordinación de teoría y práctica en las diferentes ramas de la enfermería profesional, lo que evidentemente no es posible en un curso de 2 años con la mayor parte de la práctica una vez concluidos los cursos teóricos.

Otra dificultad en nuestro medio sería la falta de un programa de educación en los servicios hospitalarios, y por eso tal internado no podrá tener resultados satisfactorios.

(2) La gran mayoría de las Escuelas de Enfermería en los Estados Unidos ofrecen un curso de tres años de duración.

Las 11 Escuelas de este tipo que he visitado tenían —como es lógico— mucho de común, pues se trata de Escuelas acreditadas por la Liga Nacional de Enfermería. Sin embargo se podía apreciar en cada Escuela alguna particularidad, proviniendo del tamaño de la Escuela, de su filosofía y sus objetivos, factores que modifican en algo la administración y la atmósfera espiritual. He visto Escuelas con 90 a 150 alumnas y Escuelas mayores hasta con 520 alumnas.

Métodos de enseñanza y aprendizaje

El programa de mis visitas variaba, de modo que tenía ocasión de observar: diferentes métodos de enseñanza y aprendizaje; diferentes técnicas de organización y administración.

La enseñanza es casi totalmente impartida por Enfermeras-Instructores. El médico es conferenciante ocasional. La mayor parte de la enseñanza de ciencias médicas es dada en pequeños grupos y en los

INFORMACIONES SOCIALES

mismos servicios hospitalarios, que disponen de una pequeña aula para todo tipo de programas de enseñanza (Personal del servicio, alumnas de enfermería, pacientes, médicos, etc.). Los métodos usados (seminario, panel, discusión en grupo, designación especial de un tema libre, estudio de casos, estudio del cuidado, plan del cuidado integral de un enfermo, etc.), estimulan la actividad propia de la alumna: la investigación, estudio en biblioteca, experimentación.

Mucho énfasis se otorga a la capacitación de la alumna para su función dirigente y educadora en su futura vida profesional, a las relaciones sociales, como son: enfermera - paciente; enfermera - médico; enfermera - persona auxiliar; enfermera formando parte del equipo con otros profesionales, etc. Mientras el plan de estudios prevé el trabajo en laboratorios adjuntos a los cursos básicos de enfermería, química, anatomía, microbiología, la vida en internado y las actividades sociales tanto dentro como fuera de la Escuela sirven de "laboratorio" en que la alumna adquiere una experiencia en la administración y dirección de otros, en trabajo en equipo y, como resultado final, madurez social.

B. Organización y Administración

Con esta finalidad se crean en las Escuelas también las organizaciones estudiantiles con diferentes comités y el Consejo mayor, amparados por el cuerpo de instructoras, cuyos miembros ayudan y patrocinan los diferentes esfuerzos de las alumnas.

Para ayudar a la alumna individual en el desenvolvimiento de su personalidad profesional y social, las Escuelas de Enfermería mantienen dentro de su cuadro de organización un "Servicio de Guía". Este servicio se cumple a través de un comité, formado de varios miembros del cuerpo de instructoras. Cada miembro del comité es la consejera personal de un grupo de alumnas a que ella ayuda en la adaptación a la profesión, y a la solución de cualquier problema que pueda tener.

Otro organismo importante dentro de la organización de las Escuelas es el Cuerpo de Instructoras, formado por todas las instructoras, bibliotecaria, enfermera de salud, tutora del internado y toda persona que en algún sentido interviene en la educación integral de las alumnas. Este organismo tiene su reglamento y sus reuniones ordinarias cada semana o cada 15 días. Los miembros forman dentro del cuerpo de instructoras varios comités que se ocupan con determinadas tareas en favor del cuerpo entero y del alumnado. En las reuniones reglamentarias se hace un intercambio de ideas y la coordinación semanal de toda la enseñanza impartida dentro de la Escuela. Así se ejecuta con mutuo entendimiento y en un esfuerzo común todo el curriculum en forma bien planeada e integrada y se llega a realizar los objetivos tanto de cada curso como de la Escuela total.

Otro beneficio de un cuerpo de instructoras bien organizado con sus reuniones semanales es la educación continua de las integrantes.

Los estatutos de las diferentes organizaciones dentro de la Escue-

INFORMACIONES SOCIALES

la de Enfermería son elaborados en común y dados en forma de manuales a disposición de las interesadas.

Escuelas, cuyos servicios hospitalarios no disponen de todas las facilidades para la experiencia clínica de las alumnas, hacen afiliaciones a otros hospitales, acreditados para eso. Estos hospitales ofrecen sus servicios y la instrucción bien planeada, con personal idóneo. Un contrato establece las normas que determinan claramente los compromisos de ambos lados. Así p. ej.: un hospital psiquiátrico puede solamente impartir enseñanza de psiquiatría y utilizar sus servicios clínicos para la experiencia práctica de alumnas de enfermería en esta especialidad. Lo propio sucede con un hospital de niños. Por eso sirven estos hospitales especiales especializados únicamente para estos cursos dentro del plan de estudios básicos y para cursos de especialización de postgraduados.

Todo lo que acabo de referir respecto a Escuelas hospitalarias con cursos de 3 años, he podido observar en forma ejemplar especialmente en:

St. Agnes Hospital School of Nursing, Filadelfia.

The Lankenau Hospital School of Nursing, Filadelfia

Catherine Labouré School of Nursing, Dorchester, Mass.

St. Vicent Hospital School of Nursing, Nueva York.

También debo mencionar, que vi todos estos conceptos y tendencias de una moderna Escuela de aplicados en la Escuela de Enfermería de Costa Rica.

C. Conocer la filiación e integración de una Escuela de Enfermería especialmente el curso básico — a la Universidad.

Las siguientes Escuelas universitarias fueron visitadas:

- a) Universidad Católica de Washington,
Facultad de Enfermería
- b) Villanova University, Filadelfia,
Sección de Enfermería.
- c) Universidad de Pensilvania, Filadelfia,
Facultad de Enfermería
- d) Universidad de Boston, Boston
Facultad de Enfermería.
- e) Columbia University, Nueva York,
Instituto de Investigación y Servicio en Educación de
Enfermería
- f) Cornell University, Nueva York,
Escuela de Enfermería.

De estas 6 Escuelas universitarias, las 4 primeras son autónomas según su organización y administración; la 5a. es anexa a la Facultad de Pedagogía y la 6ª dependencia de un centro médico, que a su vez forma parte de la Cornell University. Todas ofrecen cursos que conducen al primer grado académico: Bachiller en Ciencias de Enfermería. Estos cursos se imparten tanto como curso básico con un plan de 4 años de estudios o como curso postgrado (a tiempo completo o parcialmente) para enfermeras "diplomadas", con excepción de la Columbia University, que tiene solamente el curso para enfermeras diplo-

INFORMACIONES SOCIALES

madas. Los requisitos para matricularse en estos cursos son: Ser aprobada en una Escuela de Enfermería Hospitalaria acreditada por la Liga Nacional de Enfermería y ser Enfermera registrada de uno de los Estados la Unión. En este caso se cuenta los 3 años de estudios en una Escuela hospitalaria como 60 puntos de crédito de estudios académicos, que luego pueden completar en la Escuela universitaria con otros 60 puntos m.o.m. para optar el grado de bachiller.

Para el crédito expresado en puntos, rige lo siguiente:

Un punto equivale a: una lección semanal de un curso oficial durante un semestre;

o: 2 hrs. semanales de trabajo en laboratorio durante 1 semestre;

o: 4 hrs. semanales de práctica en un servicio de enfermería durante un semestre.

Mientras las enfermeras diplomadas pueden registrarse solamente en el Estado donde se halla la Escuela donde se han graduado, los bachilleres en enfermería pueden inscribirse como enfermeras generales y de Salud Pública en cualquiera de los Estados y reciben licencia de practicar su profesión donde desean. Otra ventaja de ellas es que, después de un año de trabajo profesional pueden seguir estudios superiores y recibir el grado de Master y hasta hacer el Doctorado. Las materias de estudio son: Educación, Supervisión, Administración (en Columbia University, también especialización en servicio de consulta e investigación) con énfasis en una rama determinada de Enfermería, sea en Escuelas o en Servicios hospitalarios y de Salud Pública, se puede llegar al Grado de Master en 2—3 semestres con 32—40 puntos de crédito y una tesis, y se exige otro tiempo de trabajo entre Bachillerato y Master.

Extranjeras generalmente no hacen Master, sino reciben un certificado de estudios.

Las Facultades de Enfermería en la Universidad de Pensilvania y de Boston como la Columbia University tiene programas especiales para estudiantes extranjeras, que encuentran allá ayuda para completar sus estudios en materias que les faltan; o se confecciona un programa individual para la estudiante, de acuerdo a sus necesidades y proyectos para el futuro. Por lo tanto tiene un apreciable número de enfermeras-alumnas de todo el mundo.

Un tipo aparte de las otras Escuelas universitarias de Enfermería que visité es la afiliada a la Cornell University en Nueva York. Tiene alrededor de 200 alumnas y abarca únicamente el curso básico de 4 años que conduce al grado de bachiller. La capacitación es tanto para enfermería institucional como para Salud Pública.— Después de funcionar 65 años como una de las primeras Escuelas hospitalarias, cambió en 1942 el curso de 3 años a uno de 4 años y se produjo el nexo con la Cornell University por medio de un contrato celebrado entre la Universidad y el Centro Médico, que comprende: Escuela de Medicina, Escuela de Enfermería y el New York Hospital. Los 2 primeros años son 4 semestres de pre-enfermería en la Universidad con cursos de ciencias y humanidades; los 2 últimos años son 4 semestres de en-

INFORMACIONES SOCIALES

fermería, que se realizan en la Escuela, porque prevalecen los cursos clínicos acompañados de prácticas en los servicios hospitalarios y agencias de Salud Pública.

D. Conocer la moderna arquitectura de Escuelas de Enfermería

Como la Institución (Caja Nacional de Seguro Social Obrero) solamente cuenta con un local estrecho, limitado a un solo piso en el edificio de la Administración del Hospital Central de Lima, de modo que se tiene que limitar forzosamente al número de alumnas a 90, y de otro lado tanto la propia institución como el Gobierno del país con sus vastos planes de Salud Pública necesitan muchas más enfermeras bien preparadas, las autoridades están considerando la construcción de un edificio independiente para la Escuela de Enfermeras. Por eso uno de los objetivos de mi viaje de estudio fue examinar algunos de los Centros de reciente construcción. Para poder prestar ayuda en el planeamiento de nuestra futura Escuela, observé las nuevas residencias siguientes:

Escuela de Enfermería de la Universidad Católica, Washington D.C. adjunto al Providence Hospital.

Escuela de Enfermería del Presbyterian Hospital, Filadelfia.

Escuela de Enfermería del Sacred Heart Hospital, Allenton, Pennsylvania.

Escuela de Enfermería del St. Elizabeth Hospital, Boston, Mass.

Escuela de Enfermería Catherine Labouré, Dorchester, Mass.

Tuve la oportunidad de apreciar los edificios de cada una de estas 5 Instituciones, tanto en su área educacional como residencial. Todas ellas cuentan con una moderna y sobria arquitectura, totalmente separada del hospital.

El área educacional cuenta en cada una de estas Escuelas de espaciosas aulas de clases, una a lo menos más grande para funciones determinadas con un mayor número de alumnas.

Atención especial y criterio técnico se ha prestado a la instalación de los laboratorios de enseñanza, que reúnen plenamente las condiciones para poder cumplir con su finalidad. Interesante es la observación de que el laboratorio de nutrición y la antigua sala de demostraciones se reduce a un sitio, donde se puede dar una demostración, pero que no permite un trabajo en grupo, como antes.

En la educación de enfermeras profesionales se ha abierto camino la idea de que la enfermera debe ser más y más educadora, supervisora y dirigente del "equipo de trabajo".

El énfasis de la enseñanza está en los **principios básicos de enfermería y nutrición** y se aplica pronto estos conceptos en la instrucción de pacientes y familias como también del personal bajo la dirección de la enfermera.

Teniendo en cuenta el estudio académico de las alumnas, se ha dado gran importancia a las bibliotecas, que poseen sitios de estudios para por lo menos la tercera parte de las alumnas de la Escuela. He observado las bibliotecas muy bien dispuestas en cuanto a ventilación, iluminación y equipadas para una correcta administración y como un local muy concurrido.

INFORMACIONES SOCIALES

De acuerdo al tamaño de la Escuela existen suficientes oficinas para administración y dirección, cuerpo docente, secretaría, etc.

El **área residencial** ofrece en las diferentes Escuelas mucha semejanza: los cuartos de las alumnas son bipersonales o individuales, no dormitorio únicamente, sino “cuarto de estudiante” en cuanto al mobiliario y comodidad.

El internado ofrece como hogar a sus moradores facilidades de la técnica moderna para la vida personal. Unidades de 25 y 50 alumnas disponían de un ala con sus cuartos, hall, living, repostería, baños, lugar y maquinaria para lavar, secar y planchar su ropa personal, etc.

CONCLUSIONES

De toda la información que la becada ha tenido en su viaje de estudios deduce una serie de conclusiones que se refieren a la posibilidad y a veces necesidad de cambios en la educación, organización y administración de la Escuela de Enfermeras que dirige y que quizá puedan servir de recomendaciones para las demás Instituciones similares del Perú.

1. Reducir las lecciones de Médicos y aumentar la enseñanza impartida por Enfermeras-Instructoras.
2. Coordinar mejor algunos cursos e integrar otros, p. ej.: Enfermería en Medicina y Enfermería en Cirugía e integrar a la vez éstos con Nutrición, Dietética, Farmacología y Salud Pública, etc.
3. Reducir las horas prácticas en el laboratorio de nutrición y dietética y utilizar el tiempo ganado para capacitar a la alumna en la instrucción y consejo a sus pacientes y sus familiares en asuntos de alimentación apropiada tanto en días de salud como en enfermedad.
4. Reducir los ejercicios prácticos en la sala de demostraciones y poner más énfasis en la comprensión de los principios básicos de enfermería, para aplicarlos pronto en la asistencia integral del enfermo.
5. Dar mucha más importancia a las ciencias sociales.
6. Cultivar los métodos de enseñanza y aprendizaje, hasta ahora poco usados: seminario, simposio, discusión, sociodrama, visitas de observación a otros centros y lugares de interés profesional.
7. Revisión de los periodos de experiencia práctica en las diferentes ramas de enfermería. La Escuela a mi cargo debe especialmente aumentar la experiencia práctica en Pediatría de 6 a 12 semanas, (ya se ha realizado), y la Neurosiquiatría de 8 a 12 semanas (en estudio).
8. Intensificar y perfeccionar la instrucción clínica en pequeños grupos y en el mismo servicio. Para esto sería necesario crear en los servicios hospitalarios algún sitio tranquilo y su-

INFORMACIONES SOCIALES

ficientemente equipado como lugar de reuniones de todo tipo de "educación interna" (inservice-education). Con este objeto se presentará a las autoridades de la Caja, un proyecto que podría ser la solución del problema.

9. Introducir en el plan de estudios básicos cursos extraoficiales como: Iniciación en métodos de enseñanza, administración y supervisión. Esto tendría especial interés, porque muchas veces enfermeras recién graduadas deben asumir funciones para las que no están preparadas, fuera de la idea que se abre más y más paso, que toda enfermera debe ser educadora y dirigente de un equipo de trabajo.

Estas clases se podrían aparear con alguna práctica en estas funciones, p. ej.: charlas a pacientes o madres de familia, clases a auxiliares de enfermería, etc.

10. Para hacer realidad todas estas mejoras en la educación en enfermería se tropieza con un problema muy agudo: faltan las instructoras debidamente preparadas.— Felizmente se ha creado el año pasado en Lima el Instituto Nacional de Post Grado de Enfermería, que desde ahora ofrece cursos de educación, administración y supervisión.

(En la actualidad 5 miembros del cuerpo de instructoras de esta Escuela siguen cursos de postgrado: dos en el Instituto Nacional de Postgrado de Enfermería, una estudia enfermería en Salud Pública en el Distrito del Rímac, otra, ciencias naturales en la Universidad de San Marcos y una está becada por la OMS en Costa Rica para perfeccionamiento en la Enseñanza de Enfermería Médica-quirúrgica con integración de Salud Pública). Se sostiene la esperanza de obtener de la OMS para el año entrante 2 becas en Costa Rica para 2 Instructoras a especializarse una en Obstetricia y la segunda en Siquiatría.

11. Establecer en la Escuela de Enfermería la Asociación de Alumnas, para cultivar la responsabilidad social y el espíritu de guía entre las estudiantes. (Está en preparación).
12. Educación interna de las Instructoras y organización del grupo con reuniones semanales. (Ya se ha establecido).
13. Construir cuanto antes una Escuela-Internado, independiente del Hospital, con todos los caracteres de un Instituto Superior (College) y planeada de tal manera que satisfaga no solamente las necesidades del momento, sino con miras al futuro. (Los planes están en estudio por lo pronto en estrecha colaboración del arquitecto y la directora de estudios. Se piensa de llevar a cabo la construcción en un plazo de 2 años o sea entre 1930/61).
14. Respecto a la idea de relacionar las Escuelas de Enfermería en el Perú con la Universidad, se cree necesario de formar una comisión integrada de representantes de Organismos vinculados con esta empresa, para estudiar a fondo todos los problemas inherentes a ésta, y establecer luego los requisitos

INFORMACIONES SOCIALES

que una Escuela de Enfermería debería cumplir para ser admitida en el seno de una Universidad.

Con gusto cooperaré en todo lo que pueda ayudar a la pronta realización de este proyecto, tan decisivo para el futuro de la Enfermería en el Perú.

Para finalizar quiero expresar mi profunda gratitud a la Organización Mundial de la Salud y a todas las personas que directa o indirectamente hicieron posible mi viaje y las visitas a las diferentes Instituciones tan gratas y así lo creo: fecundas.

Recordando una expresión de la Rvda. Madre Charles Marie, Decano de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Washington en una lección que tuve la suerte de asistir: “Cada generación tiene el deber de hacer las cosas mejor que la anterior”, he reanudado a mi regreso las labores con la firme voluntad de cumplir con este deber, para el progreso de la Enfermería y la Salud Pública en el Perú.

El Status del Concubinato en algunos regímenes de Seguridad Social Americanos

Por **Eduardo Rosales Puente**

Asesor Técnico del Instituto Nacional de Seguridad Social de Nicaragua.

El concubinato constituye, esencialmente, la unión de hecho, la comunidad de vida y relación sexual estable, regulado por prácticas y costumbres consuetudinarias. Análogo al matrimonio difiere sin embargo de éste, por cuanto el matrimonio es una unión de derecho entre un hombre y una mujer, un estado legal regido por normas morales y jurídicas de trascendencia social. Observadas ambas configuraciones de conducta a través de un baremo sociológico, las encontramos ubicadas dentro de la comunidad en ámbitos totalmente opuestos: el concubinato, dentro de la esfera que contiene las diversas formas o fenómenos de desajuste social; el matrimonio, dentro de los arquetipos morales organizados esencialmente para el bienestar humano y, en su caso, para la constitución, formación y desarrollo normal de la familia y la comunidad.

No obstante diferencias tan sensibles, algunas instituciones de seguridad social incluyen en sus estatutos medidas de protección en favor de las concubinas o compañeras de vida de los asegurados, cuya convivencia se sujete a determinado status social.

En el presente trabajo intentamos, precisamente, examinar tales status partiendo, para su mejor comprensión, de la raíz histórico-cultural de esta forma de convivencia social.

Antecedente histórico-cultural

La Historia como base para el estudio de las instituciones y de la vida social, constituye un método de imponderable valor, en cuanto más que una cadena de acontecimientos, es una causación científica que nos permite una visión más clara y más profunda del acontecer social. Mediante este método, en efecto, es posible observar que el concubinato como institución formal y realidad sociológica, se caracteriza por una configuración de conducta que perdura a través de las condiciones cambiantes del constante devenir social.

Bien; el concubinato como forma de unión de hecho, libremente consentida entre un hombre y una mujer nos viene de los romanos. Era la relación sexual estable de un soltero con una mujer libre, pero de

INFORMACIONES SOCIALES

inferior condición social —no honorable— que no podía por tal causa aspirar, según las leyes, al honor del matrimonio. Y no podían aspirar a él, las que ganaban su vida mediante su trabajo; las de baja extracción social; las manumitidas, ingenuas y libertas; y las condenadas en juicio público. Mas, en el orden social, el concubinato así constituido no se consideraba como una unión ilícita ni contraria a las buenas costumbres sino simplemente desproporcionada, porque siendo las concubinas de rango social más bajo estaban privadas de la dignidad y ventajas que gozaban las mujeres enlazadas por los vínculos del matrimonio; pero la concubina entre los romanos no se diferenciaba de la mujer legítima sino en el nombre (concubina) y en la dignidad (carencia de honorabilidad); se le consideraba mujer menos legítima; y sus hijos no eran ante la ley sino hijos de la naturaleza, llamados por tal causa naturales.

Resulta, por consiguiente interesante remarcar, como características fundamentales del concubinato, que sólo se aceptaba entre personas libres o solteras; que la concubina desempeñaba el papel de verdadera esposa; que concubina y concubinario vivían bajo el mismo techo; que no era lícito tener más de una concubina; que se trataba de una unión estable; y que, concubina y concubinario cumplían con sus deberes de hogar.

Esta clase de unión fue considerada honesta por la Ley Julia Papia y fue en tiempo de Augusto, exactamente, cuando el concubinato recibió su nombre. La Ley Julia de Adulteris calificaba de *estuprum*, y castigaba todo comercio con joven o viuda, fuera de las *justae nuptiae*, “mas ella hacía una excepción en favor de la unión duradera llamada concubinato, que así recibió una especie de consideración legal”.

Al concubinato, cuyo status hemos descrito, recurrían algunos padres de familia que teniendo hijos habidos de legítimo matrimonio preferían unirse a una concubina en lugar de contraer segundas nupcias, para mantener en favor de aquellos la integridad del derecho sucesorio. Así fue como el Emperador Vespaciano tomó como concubina a Genis, dispensándole todos los miramientos debidos a una mujer legítima; y así fue también como el Emperador Marco Aurelio Antonino, llamado el Filósofo, eligió como concubina a la hija del intendente de su casa.

Por su parte Justiniano llama al concubinato unión lícita, *licitam consuetudinem*, añadiendo que se puede vivir en él sin ofensa ni menoscabo al pudor.

Cuando la unión de hecho no se producía entre personas libres o solteras, se calificaba de ilícita y era denominada *contubernio*. La unión de un hombre libre con una esclava o con una mujer unida a otro por vínculos matrimoniales no disueltos, o de una mujer libre con un esclavo constituían un contubernio. Y contubernio era, aunque cualquiera de ellos o ambos ignoraran la causa que lo producía y estaban impedidos de matrimoniarse por el llamado de *cognatio serviles*.

Cuando la relación sexual ilícita se efectuaba “entre personas ligadas por vínculos de parentesco que constituye impedimento matrimonial no dispensable (padres e hijos, hermanos)” se efectuaba un *incesto*. Edipo y su madre Yocasta, por ejemplo, de la mitología griega, vivie-

INFORMACIONES SOCIALES

ron en estado de incesto, aun cuando ambos ignoraban durante el mantenimiento de la unión tan grave impedimento y aunque después, la saberlo por el Oráculo de Delfos, Yocasta se ahorcara y Edipo se saltara los ojos.

Contubernio e incesto configuran situaciones ilícitas de conducta y, como tales, se encuentran excluidos de la esfera de la acción social.

El status del concubinato

Las instituciones de seguridad social de Haití, México, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Venezuela, Bolivia y Paraguay contemplan en sus estatutos los requisitos coexistentes que exigen para que la compañera de vida del asegurado adquiera derecho, a falta de mujer legítima, a determinada gama de prestaciones sanitarias y económicas.

El Instituto de Seguros Sociales de Haití (IDASH) reconoce (1), en el caso de accidente del trabajo que origina la muerte del asegurado, una pensión en favor de la viuda equivalente al 50 por ciento del importe de la renta a que hubiere tenido derecho en caso de incapacidad permanente y, "a falta de cónyuge legítimo, una cantidad equivalente al 30 por ciento de dicha renta, en favor de la mujer que haya vivido matrimonialmente con el asegurado durante los cinco años anteriores al accidente, a condición de que tanto ésta como aquel no tuvieren otros lazos conyugales coexistentes".

La Ley Mexicana de Seguridad Social reconoce en favor de la cónyuge del asegurado prestaciones sanitarias en los casos de enfermedad, maternidad; y económicas (pensiones) en los de muerte del asegurado. A falta de cónyuge (2), las prestaciones corresponden a la mujer con quien el asegurado ha vivido como si fuera su marido durante los cinco años anteriores a la enfermedad o al parto, o con la que tuvo hijos; o durante los cinco años que precedieron inmediatamente a su muerte o con la que tuvo hijos, para el caso de pensiones de viudez por muerte natural (invalidez, vejez) o profesional; siempre que ambos hubieran permanecido libres de matrimonio durante el concubinato. Pero si el asegurado tiene, o tenía al morir, según sea el caso, varias concubinas, ninguna de ellas tendrá derecho a recibir la prestación.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (3) concede prestaciones a la cónyuge del asegurado en el caso de maternidad e, igualmente, en el de muerte del asegurado víctima del accidente del trabajo.

- (1) Instituto de Previsión Social de Haití (IDASH), creado por Ley de 15 de Octubre de 1949. Véase artículos 44, 52 y 62.
- (2) Instituto Mexicano de Seguridad Social (I.M.S.S.), creado por Ley del Seguro Social de 31 de Diciembre de 1942, modificada por los Decretos de 28 de Febrero de 1949 y de 29 de Diciembre de 1942, modificada por los Decretos de 28 de Febrero de 1949 y de 29 de Diciembre de 1956. Véanse artículos 38, 51, 54, 56, 58, 78, 89 y 90.
- (3) Instituto Guatemala de Seguridad Social (I.G.S.S.), creado por Decreto Legislativo número 295 de 28 de Octubre de 1946. Véanse Artículo 6º, inc. c) del Acuerdo 230, de, de, 21 de Marzo de 1,953 y artículo 90, inc. a) del Reglamento sobre protección relativa a accidentes en general, artículo reformado por Acuerdo 266 de 13 de Agosto de 1,954.

INFORMACIONES SOCIALES

A falta de cónyuge, las prestaciones corresponden, en el caso de maternidad, a la mujer “que pruebe haber convivido con el afiliado en condiciones de singularidad, por lo menos durante un año antes de solicitar el servicio y que, además, dependa económicamente del mismo afiliado”; y en el caso de pensión por muerte del asegurado víctima de accidente del trabajo, “a la mujer divorciada o separada de cuerpos por causas imputables al afiliado, o la mujer de hecho que convivió con éste durante los dos años anteriores a la muerte del mismo y cuya unión tuvo caracteres de singularidad”.

Por su parte, el proyecto de Reglamento General de Seguro de Enfermedad-Maternidad y Accidentes, de Guatemala (4) dispone —artículo 82— que “Para todos los fines de este Reglamento, la compañera del trabajador asegurado, a fin de tener o causar derecho a prestaciones, debe haber convivido con aquel en condiciones de singularidad durante un tiempo ininterrumpido no menor de un año hasta la realización del riesgo, o el inicio de la respectiva prestación, según el caso, y depender en ese momento económicamente de aquel”; y que —artículo 83—, “Se entiende que una persona depende económicamente del trabajador asegurado —en todos los casos en que esta dependencia sea requisito para el derecho a una prestación— cuando no dispone de medios propios suficientes de subsistencia y el 50% o más de sus gastos de mantenimiento son soportados por aquel”.

La Ley Salvadoreña de Seguridad Social (5) reconoce en favor de la cónyuge del asegurado prestaciones por enfermedad o maternidad. A falta de cónyuge corresponden tales beneficios “a la compañera de vida de éste, a condición de que hubiese sido inscrita como tal en el Instituto por lo menos nueve meses antes de la demanda de la prestación o que hubiese por lo menos un hijo en común, y siempre que ni el asegurado ni ella fuesen casados”.

El régimen nicaragüense del seguro social (6) concede prestaciones a la cónyuge del asegurado en el caso de maternidad o en el de muerte del asegurado. A falta de cónyuge, las prestaciones corresponden a la concubina a condición de que hubieran hecho vida marital en común, bajo el mismo techo, durante más de cinco años continuos; que ninguno de ellos sea casado; y que la concubina dependa económicamente del asegurado en el momento de exigir la prestación. Es entendido que “Cuando los interesados o alguno de ellos estuvieren divorciados, los cinco años de vida marital en común se comenzarán a contar desde la fecha de la sentencia de primera instancia que disolvió el

-
- (4) Reglamento General del Seguro Social de Enfermedad Maternidad y Accidentes. (Proyecto). Guatemala 1957. Artículo 82 y 83.
 - (5) Instituto Salvadoreño del Seguro Social (I.S.S.S.), creado por Decreto de 28 de Setiembre de 1949, reformado por Decreto de 3 de Diciembre de 1953 y reglamentado por el Decreto de 28 de Setiembre de 1954, Véanse Artículos 55 y 60 del “Reglamento para la aplicación del régimen del Seguro Social” de 10 de Mayo de 1954.
 - (6) Ley Orgánica de Seguridad Social que crea el instituto Nacional de Seguridad Social (I. N. S. S.), de 11 de noviembre de 1955. Véanse artículo 111 de la indicada Ley: artículo 28 del Reglamento General de 24 de Octubre de 1956 y Resolución Directoral de 2 de Junio de 1959.

INFORMACIONES SOCIALES

o los vínculos matrimoniales, salvo que dicha sentencia se hubiere basado en años comprobados de abandono o separación de cuerpos, en cuyo caso éstos se considerarán para el cómputo del período prescrito". Es entendido, que si al momento de exigir la prestación existieren varias concubinas que llenaren los requisitos exigidos para el cumplimiento del status del concubinato "ninguna de ellas gozará de los beneficios del seguro".

La Caja Costarricense de Seguro Social (7) reconoce prestaciones a las concubinas de los asegurados, a falta de esposa legítima. Les concede prestaciones sanitarias en el caso de enfermedad y pensiones de viudez en el caso de muerte natural, no profesional, del asegurado. Se exige como status del concubinato, en el caso de enfermedad, que el asegurado ni su compañera sean casados; que hayan vivido maritalmente por más de un año y que la concubina dependa económicamente del asegurado sin ocuparse de labores asalariadas. Para el caso de pensión de supervivencia se extiende el requisito de convivencia a dos años por lo menos, antes del fallecimiento del asegurado, si existen hijos comunes y a tres si no los hay. "En todo caso —dispone el Reglamento—, la concesión de derechos estará sujeta a previa comprobación minuciosa que hará la Caja de que la compañera vivía a expensas y en la misma casa del asegurado".

El régimen del seguro social de Venezuela reconoce en favor de la familia del asegurado (8), las prestaciones de enfermedad-maternidad previstas por sus estatutos en la rama correspondiente. Entre los miembros de la familia se considera a la mujer del asegurado, sea o no su cónyuge. "La mujer no cónyuge deberá tener al menos un año de vida en común con el asegurado o tener hijos de esa unión, a menos que haya sido inscrita en el Seguro con anterioridad a la vigencia de este Reglamento, en cuyo caso no estará sujeta a esas condiciones.— La prueba de vida en común y de dependencia económica podrá ser exigida en todo tiempo".

El Código de Seguridad Social de Bolivia (9) reconoce en favor de la viuda sólo una prestación, la de viudedad en el caso de muerte del asegurado. "La renta de viudedad —artículo 52— se pagará en las condiciones previstas en el artículo anterior, a la esposa o, a falta de ésta, a la conviviente que hubiese estado como tal en los registros de la Caja, por lo menos un año antes de la fecha del fallecimiento del causante, siempre que no hubiera existido impedimento legal para contraer matrimonio y que la vida en común se hubiese iniciado dos o más años antes del deceso".

- (7) Caja Costarricense de Seguro Social creada el 17 de Noviembre de 1941, reformada el 22 de Octubre de 1943. Véanse artículos 56 y 57 del Reglamento aprobado por la Junta Directiva en sesión de 4 de febrero de 1952 y artículo 20 de Reglamento General del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, aprobado por la Junta Directiva el 17 de Diciembre de 1946.
- (8) Instituto Venezolano de los Seguros Sociales creado por Ley de 14 de Junio de 1940. Véase artículo 59 del Reglamento General del Estatuto Orgánico de Seguro Social de 5 de Octubre de 1951.
- (9) Código de Seguridad Social de Bolivia, de 14 de Diciembre de 1956. Véase artículo 52.

INFORMACIONES SOCIALES

Por último, el Instituto de Previsión Social del Paraguay (10), concede a la cónyuge del asegurado prestaciones sanitarias en el caso de enfermedad-maternidad. A falta de cónyuge del afiliado se atribuyen los beneficios a "la concubina con quien haya convivido como si fuera su cónyuge durante los dos años anteriores a la enfermedad" y depende económicamente de él.

Expuestos los requisitos que exigen algunas legislaciones de seguridad social americanas para atribuir prestaciones sanitarias y económicas a las compañeras de vida de los asegurados, estamos en condiciones de afirmar que, en conclusión, el status del concubinato se cumple cuando coexisten las siguientes condiciones:

- 1.—Vida marital en común, bajo el mismo techo;
- 2.—Permanencia de concubina y concubinario, libres de matrimonio durante el concubinato;
- 3.—Unión sexual estable;
- 4.—Convivencia en condiciones de singularidad: si el asegurado tiene varias concubinas, ninguna de ellas goza de los beneficios del seguro;
- 5.—Dependencia económica: subsistencia de la concubina a expensas del asegurado. Se presume que existe dependencia económica cuando la concubina no trabaja y pertenece a la clase pobre; y
- 6.—Inscripción oportuna de la concubina en los registros de la institución respectiva de seguridad social.

Consideraciones Generales

¿Cuáles son las causas que en América justifican la protección del concubinato sujeto a determinado status social por las instituciones de seguridad social? En nuestro concepto, las principales causas son las siguientes:

- 1.—Influencia básica de los principios rectores de la seguridad social y de las recomendaciones internacionales.

La seguridad social como derecho inherente a la naturaleza humana reconoce a todos o debe reconocerles prestaciones sanitarias y económicas para conjurar el acaecimiento de los riesgos biológicos y equilibrar e indemnizar los daños económicos sin distinción de categorías sociales. Constituye así, por acción refleja, una protección de la comunidad nacional. Proteger a los miembros sociales es acrecentar el nivel de vida y preservar a la sociedad del peligro que supone la difusión de la miseria.

(10) Instituto de Previsión Social del Paraguay, creado por Ley de 18 de Febrero de 1953 y modificada por el Decreto Ley número 1860 de 1º de Diciembre de 1950. Véanse artículos 30, 33, 34 y 36 del Decreto Ley 1860: y artículo 26 del Decreto 10,810.

INFORMACIONES SOCIALES

Tales principios, como faros que iluminan nuestra acción social, han penetrado en nuestra vida como un nuevo impulso para forjar y crear normas y prácticas sociales que permitan elevar y dignificar a los grupos más débiles de la sociedad.

Acorde con el criterio conceptual expuesto se encuentran vigentes, entre otros, los siguientes acuerdos internacionales de protección a las concubinas:

“XVI.—Categorías de derecho-habitanes a las pensiones. Entre las personas que pueden pretender a las pensiones, debe incluirse, igualmente, a la mujer no casada que ha vivido maritalmente con el fallecido, así como a los hijos no legítimos de éste, debiendo las legislaciones nacionales determinar las condiciones de reconocimiento y de dependencia económicas” (11).

“IV.—Categorías de derecho-habientes en los casos de accidentes seguidos de muerte.—Entre los derechos habientes, en los casos de accidentes o de muerte, deben incluirse igualmente la mujer no casada que ha vivido maritalmente con el fallecido y los hijos no legítimos de éste, debiendo las legislaciones nacionales determinar las condiciones de reconocimiento y de dependencia económicas” (12).

“Las prestaciones de sobrevivientes deberían pagarse cuando se presume que la pérdida de los medios de vida de la familia está motivada por la muerte de su jefe:...c) en las condiciones determinadas por la legislación nacional, a la mujer que no estando casada haya cohabitado con el de cujus” (13).

“Deberían estar protegidas en virtud del seguro del jefe de familia, las mujeres a su cargo (o sea las mujeres que no pertenezcan a la categoría de asalariadas o de trabajadoras independientes...” (14).

“La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social” (15).

2.—Causas de orden económico.

Las prestaciones económicas que conceden los seguros sociales constituyen beneficios de imponderable valor para estabilizar el tipo de vida de las capas más débiles de la población; mantener el nivel de vida; e impedir, por la cobertura de las necesidades, la interrupción de la vida económica.

3.—Causas de orden sociológico.

El volumen de uniones concubinarias, en la mayor parte de los países americanos, se caracteriza por la densidad de su frecuencia y su extensión entre los grupos pobres de nuestros conglomerados socia-

(11) y (12) Acuerdos de la IIa Conferencia del Trabajo (Cuba 1939) Estados Miembros de la Organización Internacional del Trabajo.

(13) y (14) Recomendación número 67 de la O.I.T. (Filadelfia 1944) sobre Seguridad de los Medios de Vida.

(15) Declaración Universal de los Derechos del Hombre. Naciones Unidas (O. N. U. 1948). París 10 de Diciembre de 1948.

INFORMACIONES SOCIALES

les. Así, por ejemplo, entre las poblaciones de 14 y más años de edad es casada, en Guatemala el 18.5%, en Honduras el 22.66%, en Nicaragua el 27.84%, en El Salvador el 24.3% y en Costa Rica el 43.63%; mientras que, la población unida ilegalmente asciende en Guatemala al 39.4%, en Honduras al 22.32%, en Nicaragua al 20.54%, en El Salvador al 24.2% y, por último en Costa Rica al 7.51% (16). Por consiguiente, de acuerdo con nuestra realidad social deben dictarse medidas de acción social adaptables a las circunstancias temporales y locales de nuestros conglomerados sociales. Las medidas de protección de la familia ilegítima que reúne determinado status social obedece precisamente a este propósito. La Ley tiene que reconocer así la existencia de un fenómeno, de una realidad social que no puede modificarse de inmediato. Cualquier ley que intentare tal modificación sería ilusoria. Como alguien acertadamente ha afirmado, "No es el derecho el que marca rumbos a la vida sino ésta la que crea el derecho y lo modifica conforme a las necesidades sociales". Reconocer aquella realidad y protegerla constituye obligación indispensable si realmente escuchamos el clamor angustioso de los grupos más necesitados de la sociedad y tratamos de evitar su desintegración social.

4.—Causas de orden demográfico.

En el aspecto demográfico procede considerar que el número de hijos nacidos de matrimonio es menor que el de los habidos en relaciones extramatrimoniales. Resulta así justificado que los regímenes de seguridad social concedan prestaciones sanitarias a las concubinas —a falta de mujer legítima— en el caso de maternidad, desde que en verdad, de acuerdo con la puericultura prenatal la protege como continente y productora del niño para que su nacimiento se realice en las mejores condiciones materno-fisiológicas.

Medidas de ajuste social

Al iniciar este trabajo afirmamos que el concubinato a la vez que una situación de hecho, no legalizada, configura un problema de desajuste social. Es preciso, por consiguiente, orientar a las parejas que hayan adoptado tal situación de conducta por los canales que les permita regularizar su situación. Entramos así, en este aspecto, dentro de la órbita de trabajo de las Asistentes Sociales. Corresponde a ellas, en efecto, estudiar el "caso social" y desplegar todos sus esfuerzos para que las parejas no impedidas legal o moralmente de matrimonio, legalicen su situación. En Nicaragua, por ejemplo, durante los dos años y medio de funcionamiento de su régimen de seguridad social, su Oficina de Servicio Social ha logrado que no menos de setecientas parejas concubinarias se unan definitivamente mediante lazos matrimoniales. Para este efecto, el INSS patrocina "gratuitamente los matrimonios de parejas que hayan hecho vida marital en común por más de un año y cuando menos uno de sus miembros sea afiliado al Instituto"; sien-

(16) Véase los Censos de Población de los países citados levantados en el año 1950.

INFORMACIONES SOCIALES

do entendido que "Cuando la compañera se encuentre en estado de embarazo, no se exigirá para patrocinar el matrimonio el requisito de la duración del concubinato" (17).

Con el mismo propósito y análogos efectos, el Código de Seguridad Social de Bolivia, artículo 91, dispone: "Las uniones concubinarias de trabajadores comprendidos en el presente Código, para hacerse acreedores al subsidio matrimonial podrán legalizar su estado civil en el régimen matrimonial siempre que no tenga impedimento. Para este efecto la Caja correrá con los gastos emergentes de la celebración del contrato matrimonial, pagando directamente al respectivo oficial del Registro Civil, los honorarios correspondientes de acuerdo al arancel vigente para el objeto. En los lugares en los cuales no exista Administraciones Regionales de la Caja, el empleador correrá con los gastos aludidos en el presente artículo, efectuando el descuento en la respectiva planilla de cotizaciones".

Mas, en realidad, estas medidas a cargo de los regímenes de seguridad social, con ser tan encomiásticas, no constituyen el desideratum para dar fin a las uniones concubinarias. Sería como pretender destruir el constante devenir de las olas con el puño de una mano. Se requiere necesariamente de la conjunción de esfuerzos, del Estado y de las instituciones culturales, religiosas, educacionales, sanitarias y altruistas para irradiar cultura a las parejas concubinarias y grupos débiles de la población; y se requiere, igualmente de una sana política de acción social, de concesión de beneficios a las familias bien constituidas —subsidios familiares, dotes matrimoniales, garantía de empleo, facilidades educacionales, vivienda, etc.—, a fin de que nuestros conglomerados sociales acudan a la relación matrimonial como única forma de convivencia social.

Consideraciones finales

No pretendo haber abordado sino un aspecto de esta situación de conducta social —el status del concubinato según las instituciones de seguridad social—, mas es conveniente su estudio en las diversas facetas que el problema presenta. A los sociólogos, antropólogos culturales, sicólogos, trabajadores e investigadores sociales, recomendamos ahondar el análisis de este tema, tan sugerente, tan singular y tan nutrido de problemas económicos, sociales, religiosos y culturales. Del resultado de sus estudios surgirán las medidas que den solución integral al problema, en lugar de mantenerlo cubierto con la cortina discreta del olvido.

—oOo—

(17) Resolución expedida por el Director General del I.N.S. el 2 de Junio de 1959.

Ajuste de las Prestaciones de Seguridad Social a las variaciones del Costo de Vida y del Nivel General de Vida

Por Antonio Zelenka

La seguridad social frente a las depreciaciones monetarias

Los primeros grandes regímenes de seguros sociales establecidos en Europa hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX no manifestaron la menor preocupación por mantener el valor real de las prestaciones. Esta indiferencia no es sorprendente, ya que estos regímenes fueron concebidos durante un periodo de estabilidad monetaria duradera y generalizada, en que el mantenimiento del poder adquisitivo de la moneda parecía asegurado; efectivamente, la estrecha relación de la unidad monetaria con el oro y la libre convertibilidad constituían, en este sentido, garantías positivas.

La depreciación de la moneda en algunos países después de la primera guerra mundial de 1914-1918 y después de la guerra de 1939-1945, señaló de manera brutal la insuficiencia de los regímenes basados solamente en valores nominales. Más que esta depreciación, la cual no afectó más que a un número limitado de países, el alza del costo de vida registrado en todos los países sin excepción —alza que varió solamente con respecto a su intensidad— alertó al público en general, así como a los expertos, y les puso en guardia contra las consecuencias de las depreciaciones monetarias en todos los sectores de la vida económica y social.

Los seguros sociales, al igual que todo otro régimen de seguridad social, no pudieron escapar a este destino general. Debido a que su funcionamiento se traduce en operaciones financieras, toda modificación del valor de la unidad monetaria le afectó en forma directa y casi inmediata. Pero la seguridad social tiene otras razones que la inducen a interesarse particularmente en esta cuestión: todo régimen de seguridad social digno de su nombre debe garantizar medios de vida adecuados en toda circunstancia y esta garantía no puede ser considerada suficiente si no se asegura, a la vez, el mantenimiento del valor real de las prestaciones previstas.

No es, pues, sorprendente comprobar que numerosas legislaciones contienen disposiciones especiales tendentes a determinar un ajuste de

INFORMACIONES SOCIALES

las prestaciones, y que estas disposiciones no hayan sido introducidas solamente en la época posterior a la guerra, cuando el alza del costo de vida se acentuó, sino que ellas figuran cada vez con mayor frecuencia en las legislaciones modernas. A título de ejemplo, citemos la legislación alemana de 1957, que modifica las bases fundamentales del seguro de pensión; las leyes belgas de 1955, 1956 y 1957 sobre los distintos regímenes de seguro de pensión y el Real Decreto de 1957 sobre asignaciones familiares; la ley holandesa de 1956 sobre el seguro de vejez; los proyectos relativos al seguro de pensión en Suecia y, por último, el proyecto del Partido Laborista del Reino Unido relativo al seguro nacional de pensiones.

Sin abordar la cuestión de averiguar si la disminución del poder adquisitivo de la moneda es un fenómeno excepcional y transitorio o si, por el contrario, siendo el resultado de la naturaleza misma de la moneda y de su función en una economía que ha abandonado el sistema de trueque, constituye un fenómeno inevitable del cual solamente la cadencia y la intensidad varían, limitémonos a dos simples comprobaciones: en primer lugar, las depreciaciones monetarias no constituyen una característica de nuestra época, ya que la historia económica, desde la desaparición del as romano, proporciona numerosos ejemplos en toda época y en todo país; seguidamente, las depreciaciones monetarias se producen en todo régimen económico y político, sea cual fuere la doctrina que inspiró sus tendencias predominantes, el liberalismo, el dirigismo o el estatismo. Por lo tanto, si estimamos que una modificación fundamental de nuestra organización social y económica es susceptible de instaurar un período de estabilidad permanente, del poder adquisitivo, es lógico suponer que las depreciaciones monetarias, o la disminución del poder adquisitivo de la moneda; o el alza del costo de vida intervendrán también en el futuro. Por consiguiente, la concepción de todo régimen de seguridad social debe tener esto en cuenta, a fin de evitar que el régimen previsto no sufra las consecuencias de dificultades de esta naturaleza, o que su funcionamiento se vea comprometido, en perjuicio de las personas protegidas, por el desequilibrio financiero del organismo gestor.

Ajustes "de circunstancia"

La necesidad de adaptar el nivel nominal de las prestaciones a la evolución de las condiciones económicas se ha puesto también de manifiesto en los casos en que la legislación de seguridad social no prevenía ajustes de las prestaciones al costo de vida. En la práctica, la eficacia de estos ajustes de circunstancia no es necesariamente inferior a la de los sistemas previstos por ley que establecen un ajuste casi automático o que fijan, al menos, procedimientos determinados con miras a un tal ajuste. Por ejemplo, la legislación relativa al seguro de pensión en **Estados Unidos** o en **Suiza** no contiene disposición alguna de esta naturaleza. Por lo tanto, la evolución de estos regímenes, la cual está bastante bien representada por el aumento progresivo de los montos mínimos y máximos de la pensión respecto a una sola persona, acusa tendencias muy claras.

INFORMACIONES SOCIALES

Estados Unidos. Monto anual de la pensión de vejez respecto a una persona:

Año	Mínimo En dólares	Máximo de EE. UU.	Mínimo Índice basado en 1939 = 100	Máximo
1939	120	624	100	100
1950	240	960	200	154
1952	300	1.020	250	164
1954	360	1.320	300	212

Suiza. Monto anual de la pensión de vejez respecto a una persona:

Año	Mínimo En francos suizos	Máximo	Mínimo Índice basado en 1948 = 100	Máximo
1948	480	1500	100	100
1954	720	1700	150	113
1957	900	1850	188	123

Observemos seguidamente que este aumento progresivo no se explica únicamente por la necesidad de ajustar las prestaciones al costo de vida, sino también por otros motivos. La evolución de los índices del costo de vida, tomando como base (100) el año 1953, es la siguiente:

Estados Unidos

1938	.....	53
1950	.....	90
1952	.....	96
1954	.....	100

Suiza

1948	.....	96
1954	.....	101
1957	(julio)	105

Aunque la comparación de dos series de índices debe efectuarse con precaución, la divergencia es tan considerable que nuestra hipótesis sobre las razones que motivaron las decisiones del legislador se encuentra confirmada. En todo caso, el seguro de pensión de Estados Unidos, así como el de Suiza, han logrado indiscutiblemente mantener el valor real de las pensiones aseguradas, a pesar de la ausencia de toda disposición explícita a tal objeto.

INFORMACIONES SOCIALES

Ajustes "de principio"

Consideremos ahora la experiencia del **seguro nacional británico**. La ley de 1º de agosto de 1946 instituyendo este seguro dispone, en su artículo 40, la revisión de las tasas y de los montos de las prestaciones cada cinco años, después de la entrega del informe actuarial sobre la situación financiera del Fondo del Seguro Nacional. A pesar de que el primer informe quinquenal establecido cubriendo el período comprendido entre el 5 de julio de 1948 y el 31 de marzo de 1954 fue publicado el 30 de noviembre de 1954, los aumentos no se han mantenido dentro del horario previsto, según la siguiente recapitulación:

Reino Unido. Monto semanal de la pensión de vejez respecto a una sola persona:

Año	Monto en chelines	Índice basado en 1948 = 100
1948	26	100
1952	32/6	125
1955	40/—	154
1958	50/—	192

En cuanto a las reservas ya mencionadas, observemos la diferencia de estos índices en relación con los índices del costo de vida:

1949	.....	79
1952	.....	97
1955	.....	106
1957 (julio)	.....	117

Este método de ajuste "de principio" fue igualmente adoptado por otras legislaciones, en Finlandia y en Grecia, por ejemplo. La **ley finlandesa** de 22 de julio de 1951 sobre asignaciones familiares autoriza, en virtud de su artículo 13, al Consejo de Ministros a elevar el monto del subsidio por hijos fijado por la ley, en caso de un alza del costo de vida, a fin de tener en cuenta el alza experimentada. La **ley griega** de 14 de junio de 1951 sobre los seguros sociales (1) autoriza al Consejo de Administración del Instituto de Seguros Sociales, bajo reserva de la aprobación del Ministerio de Trabajo, a aumentar las pensiones en caso de variación sensible del índice general del costo de vida.

Una disposición más explícita sobre los "ajustes de principio" figura en el proyecto de ley sobre el Seguro Social del Empleado sometido en julio de 1957 al Congreso del Perú. Según los términos del artículo 62 de este proyecto:

(1) OIT, **Serie Legislativa**, 1951, Gre. 4:

INFORMACIONES SOCIALES

1. Cuando el nivel general de los sueldos asegurados experimente un alza sensible causada por las variaciones del costo de vida, se procederá a la revisión de los límites de los sueldos asegurables, de las cuantías de las prestaciones incluyendo las pensiones o subsidios ya otorgados, así como de las tasas de las contribuciones, para reajustar el régimen del Seguro Social del Empleado con el objeto de mantener el valor real de las prestaciones y para salvaguardar el equilibrio financiero de cada rama.
2. Al producirse el cambio del nivel general de los sueldos según el inciso precedente, el Gerente General procederá a realizar un análisis actuarial de la situación financiera de ambas ramas, así como de las consecuencias financieras de los reajustes.
3. El Consejo Directivo, a base del informe del Gerente General, dispondrá los reajustes a que haya lugar, haciendo la correspondiente publicación en el Diario Oficial".

Los ajustes "de circunstancia" se efectúan frecuentemente en ocasión de reformas legislativas generales. Al analizar las diversas reformas de las legislaciones nacionales, no siempre es fácil distinguir entre los ajustes sencillamente destinados a restaurar el valor real de las prestaciones y los aumentos resultantes del deseo de mejorar la protección por medio de un aumento del valor real de las prestaciones.

Ajustes automáticos

Las adaptaciones de los regímenes de seguros sociales a las consecuencias de las depreciaciones monetarias que se experimentaron después de la primera guerra mundial fueron casi exclusivamente el resultado de medidas de circunstancia. Sin embargo, se puede citar un caso de ajuste sistemático ocurrido antes de la segunda guerra mundial, a saber la ley danesa de 20 de mayo de 1933 (2) relativa al seguro social. El artículo 85 de esta ley reglamenta en la siguiente forma el ajuste de las prestaciones de enfermedad, invalidez y vejez a las variaciones del costo de vida:

1. Cada vez que el índice de precios publicado por el Departamento de Estadística para enero y julio (establecido sobre la base de los egresos de un presupuesto familiar, calculados por el Departamento, cuyos egresos anuales sean de un promedio de 2.000 coronas, según los precios de julio de 1914) acuse un aumento o una disminución de 3 por ciento en comparación con el índice publicado respecto a octubre de 1929, los montos previstos en los párrafos 19, inciso 1; 4, 39, inciso 1; 40, incisos 1, 2 y 4; 62, inciso 1 y 73, inciso 1, tercera frase (3) deberán ser aumentados o dis-

(2) OIT, Serie Legislativa, 1933, Din. 4.

(3) Se trata de las prestaciones siguientes: a) subsidios diarios de enfermedad; b) pensiones de invalidez y vejez; c) suplementos a las pensiones de invalidez según el lugar de residencia; d) suplementos a las pensiones de invalidez por incapacidad de trabajo; e) suplementos a las pensiones de invalidez o de vejez por hijos; f) pensiones de invalidez y de vejez respecto a la legislación anterior.

INFORMACIONES SOCIALES

- minuídos en un 3 por ciento; sin embargo, el Ministro de Asuntos Sociales podrá, si así lo estima conveniente por motivos prácticos, disponer que los montos así obtenidos sean redondeados a montos divisibles por 12, o en todo caso por 6.
2. Antes del 10 de marzo o el 10 de setiembre, respectivamente, el Ministro de Asuntos Sociales dará a conocer los cambios aportados a dichos montos de conformidad con las prescripciones arriba anotadas.
 3. Los montos fijados en esta forma serán válidos a partir del 1º de abril y el 1º de octubre, respectivamente.
 4. La revisión de las tasas, que será efectuada eventualmente a la entrada en vigor de la presente ley, no deberá ocasionar la disminución de una prestación otorgada en virtud de esta ley a una persona que hasta el momento ha venido beneficiándose de una prestación equivalente en virtud de la legislación previamente en vigor, por debajo de la suma que el beneficiario hubiera recibido si las tasas establecidas por la mencionada legislación hubieren sido mantenidas; si la tasa fijada por la presente ley es inferior a aquella en vigor hasta el momento, no será tomada en cuenta con respecto al beneficiario. En relación con los beneficiarios de pensiones de invalidez, el monto básico y el suplemento previsto en el inciso 1 del párrafo 40 son considerados como una prestación única.
 5. La prestación fijada para las personas a que se refiere el inciso 4 a la entrada en vigor de la presente ley servirá de base para el reajuste que tenga lugar en el futuro, como consecuencia de una modificación del índice de precios después de la entrada en vigor de la presente ley".

Este sistema de ajuste automático ha sido conservado en el seguro nacional, además, con ligeras modificaciones: en particular, la variación del índice de precios determinando el ajuste de las prestaciones fue modificada del 3 al 2 por ciento. Este método fue extendido al seguro de accidentes del trabajo por la ley de 23 de marzo de 1948 (4). En virtud de esta ley, el ajuste de ciertas prestaciones debe tener lugar cada vez que el índice de precios al por menor acuse un aumento o una disminución de 15 puntos en comparación con el índice de precios al por menor de octubre de 1946 (291 puntos). Esta disposición es de sumo interés, ya que esta rama no es administrada por un organismo público o semipúblico, sino por sociedades patronales de seguros mutuos o mediante compañías de seguros comerciales.

El ajuste de las prestaciones a las variaciones del costo de vida fue introducido también en el seguro de desempleo de Dinamarca por la ley núm. 152 de 25 de marzo de 1947 (5). Además, en ocasión de la última revisión del seguro nacional de Dinamarca, el método del ajuste automático al costo de vida fue igualmente introducido en el seguro facultativo complementario, en vigor desde el mes de abril de 1957. En

(4) OIT, Serie Legislativa, 1948, Din. 1.

(5) OIT, Serie Legislativa, 1947, Din. 1.

INFORMACIONES SOCIALES

efecto, en virtud de la ley núm. 260 de 2 de octubre de 1956, los particulares pueden concertar contratos “de índice” (indexés) sea con compañías de seguros de vida o con cajas de seguro de pensiones, o bien con bancos o cajas de ahorro. El contrato asegura una prestación periódica, 500 coronas por año, multiplicadas según la relación existente entre el índice de precios del mes de julio del año precedente y el del mes de julio de 1946. La prima individual es ajustada cada año al costo de vida, y la prestación a cargo del organismo gestor es el equivalente actuarial de las primas abonadas a la cuenta individual del asegurado; la diferencia entre este monto y el monto ajustado efectivamente pagado al beneficiario está a cargo del Estado en forma de “suplementos de índice”.

La ley de 1945 sobre el seguro de desempleo en el Estado de Utah (Estados Unidos) prevé igualmente un ajuste automático de las prestaciones al costo de vida, tanto en los casos de alza como en los de baja:

“Si el índice del costo de vida, calculado por la Oficina de Estadísticas del Trabajo (base 100 para 1935-1939), se encuentra a 98,5 o menos, la Comisión dispondrá inmediatamente que el monto de la prestación semanal sea fijado en el 80 por ciento (redondeando a la unidad superior de dólares) del monto de la prestación semanal determinada de acuerdo con la sección 3 b) 1); sin embargo, la prestación semanal no podrá, en virtud de este ajuste, ser inferior a 13 dólares y, además, si el índice arriba mencionado alcanza o sobrepasa la cifra 100, la Comisión deberá, bajo reserva de lo estipulado en el párrafo b) que aparece a continuación, ordenar inmediatamente que la prestación semanal sea fijada en el monto determinado según la sección 3 b) 1);

Si el índice del costo de vida, calculado por la Oficina de Estadísticas del Trabajo (base 100 para 1935-1939) se encuentra a 125 o más, la Comisión dispondrá inmediatamente que el monto de la prestación semanal sea fijado en el 120 por ciento (redondeando a la unidad superior de dólares) del monto de la prestación semanal determinada de acuerdo con la sección 3 b) 1); sin embargo, si el índice arriba mencionado está a 120 o menos, la Comisión deberá, a reserva de lo estipulado en el apartado a) más arriba, disponer inmediatamente que el monto de la prestación semanal se establezca de acuerdo con el monto determinado según la sección 3 b) 1)”.

El ajuste automático de las prestaciones al costo de vida es garantizado por diversas legislaciones. Observamos, a título de ejemplo, la ley luxemburguesa de 20 de octubre de 1947 sobre las asignaciones familiares, la cual estipula que la asignación de 250 francos mensuales fijada por cada hijo corresponde al índice oficial del costo de vida igual a 1900 puntos, y que este monto será aumentado o disminuido en 10 francos por cada grupo de 100 puntos del índice referido. La ley luxemburguesa de 21 de junio de 1946 que modifica los regímenes del seguro

INFORMACIONES SOCIALES

de pensión y revaloriza los salarios anteriores tomados en consideración para el cálculo de ciertos elementos de la pensión, prevé igualmente la adaptación de los elementos fijos de las pensiones a la variación del índice del costo de vida. La ley de 10 de abril de 1951 modificó estas disposiciones, determinando que las pensiones y los subsidios serán adaptados al índice del costo de vida de acuerdo con las modalidades aplicables a los sueldos y pensiones de los empleados públicos, y una medida idéntica fue tomada en relación con el seguro de pensión de los empleados (ley de 29 de agosto de 1951).

En **Suecia**, las pensiones nacionales otorgadas a partir del 1º de enero de 1948 fueron complementadas con un suplemento por carestía de vida basado en el índice de pensión, el que demuestra la proporción existente entre el costo de vida durante el segundo trimestre de cada año y el costo de vida en junio de 1946. A cada múltiplo de 5 contenido en el índice de pensión superior a 100 corresponderá un suplemento por carestía de vida igual a 30, 40 ó 50 coronas, según la categoría de los beneficiarios de las pensiones. (6)

La legislación de seguridad social en **Bélgica** contempla el ajuste automático de las prestaciones al índice del costo de vida. Por ejemplo, con relación al seguro de vejez y supervivientes de los obreros, la ley de 21 de mayo de 1955 (7) revaloriza tanto los salarios tomados en cuenta para el cálculo de la pensión como el monto de las pensiones en curso de pago. Las pensiones, siendo calculadas, en principio, en función del conjunto de los salarios ganados durante la vida profesional del trabajador, el salario relativo a cada año es multiplicado por un coeficiente obtenido dividiendo la suma de los índices mensuales de los precios al por menor del año que preceda a aquel durante el cual comience el pago de la pensión, por la suma de los índices mensuales de los precios al por menor del año en cuestión. Con relación a las pensiones en curso de pago, deben ser aumentadas por primera vez en 5 por ciento si el índice de los precios al por menor alcanzare 440 puntos, o bien serán disminuídas en 5 por ciento si el mencionado índice descendiere a menos de 400 puntos. Además, toda variación del índice deberá implicar, a partir del primer día del segundo mes siguiente a aquel en cuyo transcurso el índice aumentó o disminuyó en un 5 por ciento, con relación al nivel que justificó el ajuste precedente, sea un aumento de las pensiones en un 5 por ciento en caso de alza del costo de vida, sea una reducción de 5 por ciento en caso de baja.

Principios idénticos son aplicados en el seguro de pensión de los empleados en virtud de la ley de 12 de julio de 1957, y en el seguro de pensión de los trabajadores independientes, según la ley de 30 de junio de 1946. El mismo mecanismo de adaptación sistemática fue introducido en el régimen de asignaciones familiares para los trabajadores asalariados en virtud del real decreto de 10 de abril de 1957, adoptado por ley de 12 de marzo de 1957, el cual contiene ciertas disposiciones financieras, económicas y sociales.

La adaptación de los montos nominales de las prestaciones a las variaciones del poder adquisitivo de la moneda puede hacerse indirecta-

(6) OIT, *Serie Legislativa*, 1950, Sue. 3.

(7) OIT, *Serie Legislativa*, 1955, Bélg. 4.

INFORMACIONES SOCIALES

mente estableciendo una interdependencia entre estas tasas y la variación del nivel general de los salarios. Este es el método adoptado por la **legislación francesa**; la ordenanza de 19 de octubre de 1945 (8) relativa al régimen de seguros sociales aplicable a los asegurados de las profesiones no agrícolas lo utilizó ya para el ajuste del salario que sirve de base para el cálculo de la pensión de vejez; su artículo 71 dispone que “en caso de un aumento importante de la tasa general de los salarios, un decreto . . . podrá fijar un coeficiente de aumento aplicable a los salarios de ciertos años”. Aunque no se trata aún de un ajuste automático, el principio fue admitido. Más adelante fue desarrollado y determinado por la ley de 23 de agosto de 1948 (9) introduciendo modificaciones al régimen de seguro de vejez. A partir de esta fecha, el ajuste periódico de los salarios que sirven de base para el cómputo de las pensiones y también de las pensiones en curso de pago deberá efectuarse mediante decretos dictados antes del 1º de abril de cada año y con efectos a partir de dicha fecha.

Es interesante observar que la legislación francesa relativa a los subsidios familiares ha evolucionado en sentido opuesto. La ley de 22 de agosto de 1946 (10) estableciendo el régimen de asignaciones familiares contenía, en su artículo 11, una disposición garantizando un ajuste automático de las asignaciones familiares, fijando su monto en el Departamento del Sena en función de un salario de base mensual igual a 250 veces el salario mínimo por ahora aplicable a un trabajador ordinario de la industria metalúrgica, y precisando que “las asignaciones familiares variarán de pleno derecho en la misma proporción que este salario”. Pero este mecanismo fue abandonado el año siguiente; en efecto, en virtud de la ley de 25 de junio de 1947, el salario de base fue fijado en una suma determinada, y este método de ajuste “de circunstancia” ha sido conservado hasta el presente. Las asignaciones familiares son ajustadas de cuando en cuando, ya fijando un nuevo salario de base, ya aumentando la tasa del porcentaje de las asignaciones.

El mecanismo del ajuste previsto por la legislación francesa para las pensiones de vejez es igualmente aplicable, en principio, a las pensiones de invalidez general, así como a las pensiones de invalidez resultante de daños originados en el empleo, implicando una reducción de la capacidad de trabajo de un diez por ciento, por lo menos. En relación con el subsidio diario de enfermedad o de accidentes del trabajo, un aumento del salario posterior al comienzo del derecho a la prestación del seguro y cuando la invalidez se prolongue más allá del tercer mes, puede implicar un aumento del subsidio, aplicando a la ganancia de base diaria el o los coeficientes fijados por decretos interministeriales; sin embargo, si existe un convenio colectivo del trabajo aplicable al beneficiario, este último podrá pedir que la revisión de su indemnización sea efectuada con base en la ganancia diaria fijada prevista por el mencionado convenio para su categoría profesional. Finalmente, el tope del salario considerado para el cómputo de las prestaciones (y de las

(8) OIT, **Serie Legislativa**, 1945. Fr. 1-G.

(9) OIT, **Serie Legislativa**, 1948. Fr. 2-B.

(10) OIT, **Serie Legislativa**, 1946. Fr. 10.



INFORMACIONES SOCIALES

cotizaciones) puede ser modificado mediante decreto adoptado en virtud de un informe del Ministro de Trabajo y de Seguridad Social, en caso de variación sensible del índice general de los salarios.

Lo expuesto anteriormente demuestra que el régimen general de la seguridad social en Francia, aunque tiende a hacer intervenir procedimientos de ajuste automático, no admite el automatismo rígido, sin duda con el objeto de tener en cuenta las preocupaciones de orden financiero, que se relacionan no solamente con el equilibrio financiero de los organismos gestores, sino también con numerosas incidencias económicas directas e indirectas.

La ley chilena de 28 de julio de 1952 (11) sobre el seguro social prevé igualmente el ajuste de los salarios tomados en cuenta para el cálculo de las pensiones, así como de las pensiones en curso de pago, a las variaciones del nivel general de los salarios. Esta variación es determinada por "el salario medio de subsidios" obtenido dividiendo la suma de los salarios diarios que sirvieron de base para calcular el primer día de subsidios de enfermedad concedidos a los nuevos beneficiarios de estas prestaciones, durante el año calendario respectivo, por el número de los beneficiarios. El primero de enero de cada año se reajustarán las pensiones en curso de pago en el porcentaje en que hubiere aumentado el salario medio de subsidios del año precedente sobre el del año en que la pensión fue concedida o tuvo su último reajuste, siempre que dicho aumento fuere superior al 15 por ciento. En principio, se utiliza la misma fórmula para el seguro de pensión de la gente de mar y los trabajadores portuarios, en virtud de la ley de 3 de octubre de 1952 (12). Un ajuste automático interviene igualmente en el seguro de pensión de los empleados particulares regido por la ley de 26 de agosto de 1952 (13), pero es el aumento del sueldo vital fijado a los empleados particulares de la Ciudad de Santiago el que sirve de referencia al reajuste, siempre que este sueldo aumente en un 10 por ciento, por lo menos, en comparación con el que regía el año de concesión de la pensión o del último reajuste.

En los Países Bajos, de la ley de 31 de mayo 1956 (14) que establece el régimen general de seguro de vejez, asegurando en principio a todos los residentes una pensión de vejez de tasa uniforme, contiene disposiciones muy detalladas sobre el reajuste de las tasas en función de las variaciones del índice de salarios de los obreros adultos. Las tasas de las pensiones deben ser modificadas —aumentadas o reducidas— mediante reglamentos de administración pública cuando el índice haya variado, durante un período de seis meses consecutivos, en un 3 por ciento como mínimo en comparación con el índice correspondiente al último día del séptimo mes que precede la puesta en vigor del régimen o, en el futuro, en comparación con el índice tomado como base para la última revisión. La cuantía de las pensiones será modificada con el mismo porcentaje que el índice, si se trata de un aumento, a partir del primer día del mes siguiente al período de seis meses arriba mencionado y, en

(11) OIT, **Serie Legislativa**, 1952, Chile 1.

(12) OIT, **Serie Legislativa**, 1952, Chile 4.

(13) OIT, **Serie Legislativa**, 1952, Chile 3.

(14) OIT, **Serie Legislativa**, 1956, P. B. 2.

INFORMACIONES SOCIALES

caso de disminución, ya sea a partir del mismo día o bien en la fecha posterior determinada por decreto real.

En el régimen de asignaciones familiares en vigor en la industria italiana encontramos un ejemplo interesante de ajustes automáticos. Aunque la ley no contiene disposición alguna en este sentido, interviene un ajuste por mediación de un régimen convencional de escala móvil de salarios (15). Según los acuerdos concertados entre la confederación de la industria y las centrales sindicales, toda variación de un punto del índice del costo de vida debe implicar la atribución de un complemento de salario llamado "indemnización de contingencia". Sin embargo, un punto entre cinco —a saber, los puntos que corresponden a la transición del índice de 104 a 105, de 109 a 110, etc.— es utilizado para el aumento de las asignaciones familiares. Este aumento es decidido mediante decreto especial según solicitud de las organizaciones profesionales de empleadores y de trabajadores, que aceptan, en contrapartida, ya sea el aumento de la tasa de cotización o bien el aumento del tope del salario que sirve de base para el cálculo de la cotización.

Existe una diferencia fundamental entre el ajuste provocado por las variaciones del costo de vida y el provocado por las variaciones del nivel general de los salarios. El ajuste que sigue las variaciones del costo de vida tiene por objetivo mantener el poder adquisitivo de la prestación o, en otros términos, el nivel de vida garantizado por la prestación en el momento en que fue acordada. Por el contrario, el ajuste efectuado de acuerdo con el nivel general de los salarios tiende a mantener la relación existente entre el nivel de vida del beneficiario y el del conjunto de los asalariados (o de las personas económicamente activas). Si el primer sistema puede dar resultados más favorables, en los casos de depreciación monetaria rápida (que el aumento de los salarios nominales no compensa sino con cierto retraso), el segundo método permite ajustar el monto de las prestaciones no solamente a los aumentos de los salarios nominales destinados a compensar la disminución del poder adquisitivo, sino también a los aumentos de los salarios nominales que traducen la mejora de su valor real. Ahora bien, debido a que los salarios reales demuestran, en general, una tendencia regular a aumentar y debido a que es reconocido que esta tendencia está destinada a mantenerse durante un largo período, el ajuste de las prestaciones de la seguridad social —y especialmente de las pensiones— al nivel general de los salarios parece ser la solución más ventajosa. Es igualmente la más equitativa, no sólo desde el punto de vista de los contribuyentes; los beneficiarios participan, de esta manera, en la mejora del nivel de vida general en la misma proporción que las personas activas, pero su parte, en comparación con el conjunto de los ingresos de las personas activas, no sufre ningún cambio como resultado del aumento del ingreso de las personas activas.

Esta preocupación se presentó especialmente con ocasión de la última modificación del seguro de pensión de los obreros, de los empleados y de los mineros de la **República Federal de Alemania**. Los proyectos

(15) Véase, *L'échelle mobile des salaires en Italie*, por M. J. Foncet. *Études et conjonctures*, agosto de 1957.

INFORMACIONES SOCIALES

presentados en 1956¹ por el Gobierno Federal al Parlamento disponían un ajuste automático de los derechos en curso de adquisición y de las pensiones en curso de pago. Las pensiones calculadas en función del conjunto de los salarios percibidos en el transcurso de la vida activa del asegurado deberían ser calculadas sobre la base de los salarios individuales ajustados de acuerdo con la variación del nivel general de los salarios. Las pensiones en curso de pago deberían ser ajustadas automáticamente y, en principio, cada cinco años, a fin de tener en cuenta la variación de la renta media nacional por persona económicamente activa. Esta solución fue adoptada con miras a establecer un automatismo sustituyendo las pensiones anteriores por las pensiones llamadas "dinámicas". La enérgica discusión que precedió y siguió al proyecto gubernamental provocó una importante modificación por parte del legislador, a fin de tener en cuenta las preocupaciones de orden económico y financiero que presentaban las consecuencias eventuales de un automatismo absoluto. La solución adoptada definitivamente por ley de 23 de febrero de 1957 (16) introduciendo un reglamento nuevo para el seguro de pensiones de los obreros y por otra ley de la misma fecha (17) introduciendo reformas de gran alcance en el seguro de pensiones de los empleados, conserva con ciertas reservas el ajuste automático de los derechos en curso de adquisición, revaloriza todas las pensiones que se originaron antes de la entrada en vigor del nuevo reglamento a fin de relacionarlos con el nivel de las nuevas rentas, pero los ajustes de las pensiones en curso de pago se efectuarán mediante una legislación especial.

El mecanismo previsto para el ajuste de los derechos en curso de adquisición es el siguiente:

Para cada año fiscal, se calcula el salario medio anual para el conjunto de los asegurados del régimen de los obreros y de los empleados, con excepción de los aprendices;

Se calcula para cada año fiscal la relación del salario individual con el salario medio anual;

Se establece el promedio de las relaciones referidas, en principio, sobre el conjunto de los años de seguro del interesado;

Multiplicando por este promedio la "base de evaluación general" se obtiene la base de evaluación individual;

La "base de evaluación general" es el promedio de los salarios medios anuales calculado sobre los tres años fiscales anteriores al año fiscal que precede a aquel en el curso del cual se realizó el riesgo (por ejemplo, la base de evaluación general para 1957 es el promedio de los salarios medios anuales calculado sobre los años 1953-1955).

El monto anual de la pensión es calculado partiendo de la base de evaluación individual. Por ejemplo, el de la pensión de vejez es igual a 1,5 por ciento de la base de evaluación general para cada año de seguro o asimilado.

El salario medio anual y la base de evaluación general son determinados cada año mediante decreto gubernamental, previa consulta con la

(16) Sobre la reforma del Seguro de Pensiones en Alemania, véase "Informaciones Sociales" N° 3-1957 C.N.S.S.—Perú. (N. de la R.).

(17) OIT, **Informaciones Sociales**, vol. XVIII, 15 de setiembre de 1957.

INFORMACIONES SOCIALES

Oficina Federal de Estadística. Sin embargo, la base de evaluación general debe ser determinada por ley especial en el caso de que las estimaciones actuariales demuestren que, durante el curso de los cinco próximos años, la situación financiera del seguro conducirá, ya sea a la disminución de las reservas hasta un monto inferior a la mitad de los gastos anuales, a un aumento de la tasa de cotizaciones, o bien a un aumento del monto de las subvenciones federales previstas por la ley. Observemos que el tope del salario imponible es, en principio, el doble de la base de evaluación general, y que los montos de las subvenciones federales varían con la base mencionada, de suerte que existe cierto automatismo igualmente en los ingresos destinados a cubrir los gastos aumentados.

Las modificaciones de la base de evaluación general deben ser seguidas por un ajuste de las pensiones en curso de pago. Este ajuste será objeto cada vez de un ley especial y será efectuado teniendo en cuenta la evaluación del rendimiento económico y de la productividad, así como de las variaciones de la renta nacional por persona económicamente activa.

La ley de 21 de mayo de 1957, introduciendo nueva reglamentación al seguro de pensión de los mineros, prevé un mecanismo idéntico. La única diferencia consiste en que el salario medio anual y, por consiguiente, la base de evaluación general, son calculados para el conjunto de los afiliados al seguro de pensión de los obreros, de los empleados y de los mineros. En esta forma, la base de evaluación general relativa a los riesgos ocurridos en 1957 era de 4,281 DM con relación a los obreros y los empleados asalariados y de 4,326 DM con respecto a los mineros. Los salarios medios anuales entre 1942 y 1955 acusan la siguiente evolución:

Año	Salarios medios anuales en DM	
	(en RM antes de 1948)	Mineros
	Obreros y empleados	
1942	2310	2335
1943	2324	2349
1944	2292	2316
1945	1778	1797
1946	1778	1797
1947	1833	1852
1948	2219	2243
1949	2838	2868
1950	3161	3194
1951	3579	3617
1952	3852	3893
1953	4061	4104
1954	4234	4279
1955	4548	4596

El ajuste del monto de la pensión en curso de adquisición según la nueva legislación alemana se hace por un lado en función del nivel

INFORMACIONES SOCIALES

general de los salarios nominales, expresándose este nivel por la base de evaluación individual y, por otro lado, en función del salario individual expresado en "puntos", los puntos de un asegurado relativos a un período determinado (año fiscal) siendo expresados por la relación de su salario con el salario medio del conjunto de los asegurados. Esta fórmula, que expresa los salarios individuales en puntos por lo que respecta al salario medio del conjunto de los asegurados, es igualmente sugerida en el proyecto del seguro nacional de pensiones establecido por el Partido Laborista Británico; también figura en el primer proyecto relativo a una reforma de las pensiones en Suecia, el cual obtuvo el mayor número de votos con ocasión del referéndum de octubre de 1957.

Ajustes en el seguro contractual.

Conviene completar esta exposición sobre los distintos sistemas de ajuste de las prestaciones de seguridad social al costo de vida, con un examen rápido de las soluciones aportadas a este problema en los seguros facultativos y contractuales. Los seguros basados en el principio de la equivalencia individual del valor probable de las prestaciones aseguradas y del valor probable de las primas correspondientes, se prestan difícilmente a la aplicación de los métodos de ajuste utilizados en los seguros sociales obligatorios, cuyo régimen financiero está fundado en la hipótesis de la perennidad del régimen.

Por consiguiente, es necesario buscar recursos suplementarios provenientes del Estado. Ya hemos contemplado esta solución más arriba, con relación a la reciente legislación danesa; igualmente fue sugerida en el segundo proyecto sometido a referéndum en Suecia.

Otra solución consiste en emplear las reservas en inversiones susceptibles de conservar el valor real del principal y del interés y, más especialmente, en valores "de índice". Este sistema se hace cada vez más corriente no solamente en Francia, sino también en otros países europeos. Una variante muy interesante, que surgió durante los últimos años en Estados Unidos, efectúa la inversión regular, sin fines especulativos, pero diversificada al grado máximo, de la totalidad de las disponibilidades del organismo asegurador en acciones y obligaciones industriales; las reservas de los activos constituidos por las cuentas individuales de las cotizaciones y sus intereses, así como los capitales que forman los elementos constitutivos de las pensiones, son expresados en "puntos", el valor de un punto siendo, por regla general, igual al conjunto de los haberes estimados según la cotización actual de la bolsa, dividido por el conjunto de los puntos de los asegurados activos y de los pensionados. El primer sistema de este tipo, "College Retirement Equities Fund", fue creado en 1952 en Nueva York, posterior a una ley especial autorizando este sistema de seguro; fue sucedido por diversas otras realizaciones, como, por ejemplo, la Long Island Lightning Co., en Mineola, Nueva York. De todos modos, el principio de la "pensión vitalicia variable" es siempre discutido. Se hacen valer en contra argumentos basados, por una parte, en consideraciones relativas al concepto del seguro, ya que la fórmula de los puntos, cuyo valor varía según la cotiza-

INFORMACIONES SOCIALES

ción de la bolsa, está sujeta tanto al alza como a la baja y, por otra parte, en las inquietudes justificadas por las repercusiones posibles de la inmovilización de grandes cantidades de acciones y obligaciones industriales en el mercado financiero. Debe igualmente reconocerse que las variaciones de las cotizaciones de las acciones y de las obligaciones no están siempre en relación con las variaciones del costo de vida; la política fiscal y, más especialmente, el impuesto sobre los dividendos o el límite de los dividendos, proporcionan el ejemplo de los factores que influyen sobre la cotización de los valores, pero que no afectan el índice del costo de vida. No obstante, con el transcurso del tiempo, al menos en el pasado, la relación entre el índice del costo de vida y el índice de la cotización de las acciones y obligaciones en Estados Unidos es indiscutible, según lo demuestra la siguiente recapitulación (tomada del folleto **A New Approach to Retirement Income**, por W. C. Greenough, 1955, Nueva York, editado por Teachers' Insurance and Annuity Association y College Retirement Equities Fund.):

Año	Índice de las acciones y obligaciones (1926 = 100)	Índice del costo de vida (1947-49 = 100)
1900	49,5	34,1
1905	72,3	37,1
1910	75,2	40,7
1915	66,8	42,9
1920	64,2	85,7
1925	89,7	75,0
1930	149,8	71,4
1935	78,3	58,7
1940	83,8	59,9
1945	115,1	76,9
1950	138,6	102,8
1955	267,7	114,3

Una solución diametralmente opuesta a las precedentes consiste en abandonar la técnica financiera propia a los seguros contractuales para adoptar un sistema financiero de reparto. Un ejemplo bien conocido en Francia se encuentra en el convenio colectivo de pensiones y previsión de los funcionarios, de 14 de marzo de 1947, donde se utiliza además el sistema de puntos según el cual, en principio, el número de puntos agregados cada año a la "cuenta individual" depende del monto de las cotizaciones que se abonaron a dicha cuenta, y el valor del punto es determinado en función de la situación financiera del organismo gestor.

Existen también soluciones mixtas. En Francia, en Marruecos y en Túnez, ciertos regímenes contractuales de pensiones disponen de la capitalización de una parte de la cotización global, en general, aquella que está a cargo del asegurado, y el monto alcanzado por la cuenta indivi-

INFORMACIONES SOCIALES

dual en la fecha del retiro se convierte en el capital constitutivo de una pensión vitalicia. Esta pensión es completada hasta alcanzar un monto determinado por los estatutos o por contrato y ajustada en función de la evolución del salario medio asegurado; los complementos son financiados con el remanente de la cotización, en general por la cotización patronal. Casi invariablemente las operaciones financieras relativas a las cuentas individuales y a las pensiones vitalicias incumben a las compañías de seguros comerciales y las pensiones vitalicias son garantizadas en toda circunstancia; los contratos o los estatutos disponen que los complementos quedarán subordinados a la situación financiera del organismo gestor.

No pudiendo desarrollar dentro de los límites de este artículo un análisis más profundo de estas fórmulas, nos limitaremos a señalar que una solución apropiada al seguro obligatorio instituido por ley no es necesariamente una solución adecuada con relación a los seguros facultativos y contractuales y que en particular la hipótesis de la perennidad del seguro obligatorio, así como la posibilidad de una intervención legislativo, no existen *a priori* en el seguro contractual.

CONCLUSIONES

Esta reseña, consagrada a las soluciones adoptadas en los distintos países para evitar las consecuencias de las depreciaciones monetarias en la situación de los beneficiarios de prestaciones de seguridad social, permite afirmar que el principio de la conservación del poder adquisitivo de estas prestaciones es cada vez más generalmente aceptado, explícitamente o no. No es sorprendente, por lo tanto, que este principio haya sido consagrado, en el plano internacional, mediante el Convenio (núm. 102) relativo a la norma mínima de la seguridad social, adoptado en 1952 por la Conferencia Internacional del Trabajo, el cual estipula que "los montos de los pagos periódicos en curso atribuidos para la vejez, para los accidentes del trabajo, y las enfermedades profesionales (a excepción de los que cubran la incapacidad de trabajo), para la invalidez y para la muerte del sostén de familia serán revisados, a consecuencia de variaciones sensibles del nivel general de ganancias que resulten de variaciones, también sensibles, del costo de la vida".

Las soluciones concretas adoptadas en los distintos regímenes, representan toda una gama de métodos que comprenden desde ajustes "de circunstancia" hasta automáticos. Parece ser que la tendencia general está en favor de ajustes automáticos, acompañados, sin embargo, de medidas de precaución, subordinando el ritmo y la importancia de los ajustes a ciertas condiciones financieras y económicas que concierne no solamente al equilibrio financiero del organismo gestor, sino también a las repercusiones directas o indirectas sobre el conjunto de la economía nacional o sobre los sectores más importantes.

La preocupación por mantener el poder adquisitivo de las prestaciones conduce a la vinculación de los montos nominales de las mismas con el índice general del costo de vida. No obstante, se presenta el problema de saber en qué medida el índice general aplicable al conjunto de la población refleja las variaciones efectivas del valor real de las

INFORMACIONES SOCIALES

prestaciones de las distintas categorías de beneficiarios. No puede afirmarse que este índice general pueda reproducir con suficiente exactitud las variaciones del costo de mantenimiento de un hijo o del costo de vida relativo a personas de edad avanzada o más aún, del costo de la asistencia médica. Si las diferencias pueden ser consideradas de menor importancia con respecto a un período relativamente corto, pueden convertirse en mucho más importante durante un período más prolongado. Sería, pues, conveniente completar, de cuando en cuando, los ajustes periódicos basados en el índice general del costo de vida con ajustes "de circunstancia", a fin de tener en cuenta las diferentes eventuales. Podría igualmente establecerse un índice especial de costo de vida para categorías importantes de beneficiarios. Esta solución fue contemplada en Suecia con relación a las pensiones nacionales, pero no fue adoptada. En 1952, se acordó un aumento especial justificado por una encuesta, la cual demostró que el costo de vida con relación a los beneficiarios de pensión había acusado un alza superior a la relativa al conjunto de la población. Debemos señalar que el proyecto del Partido Laborista sobre el seguro nacional de pensiones sugiere, con objeto de mantener el poder adquisitivo de las pensiones, efectuar un ajuste anual de acuerdo con un índice de precios especialmente establecido para los beneficiarios de pensión.

El principio de mantener el valor real de las prestaciones ha evolucionado, transformándose en un principio más general: el mantenimiento de la relación entre el nivel de vida de los beneficiarios de prestaciones y aquel de la población económicamente activa. Se manifiesta cada vez más el deseo y el propósito de hacer beneficiar a las personas eliminadas de la actividad económica y, particularmente, a las personas de edad avanzada, con los resultados del progreso técnico y con las mejoras aportadas a la organización del trabajo y de la sociedad. No es, sin embargo, un fenómeno nuevo; por el contrario, la historia de la seguridad social demuestra que en todas partes los regímenes de seguros sociales obligatorios, desde sus comienzos, son modificados continuamente a fin de mejorar las prestaciones garantizadas, y las perturbaciones debidas a factores económicos y políticos no han cambiado nada esta tendencia general. Sin embargo, es solamente ahora que esta tendencia comienza a elevarse sobre el nivel de un principio adoptado conscientemente por la opinión pública y por el legislador para convertirse así en una de las características fundamentales de la política de seguridad social. La aplicación sistemática de este principio no depende tanto de disposiciones legislativas —toda ley puede ser modificada por una ley posterior— sino mucho más de la conciencia social y de la voluntad popular, y ella supone, especialmente, que la población activa esté dispuesta a renunciar a la utilización inmediata y directa de una parte del producto de su trabajo.

—oOo—

Boletín Institucional

INCORPORACION EN EL DIRECTORIO DEL DOCTOR ANDRES BELLO

De conformidad con la Resolución Suprema de 3 de abril último, se ha incorporado en el seno del Consejo Directivo, en la sesión de 30 del mismo mes, el doctor Andrés Bello, Director de Areas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien reemplaza de este modo al doctor Alfredo Lynch Cordero, que anteriormente tuvo a su cargo dicha representación.

Debemos recordar que el doctor Andrés Bello está íntimamente vinculado con los primeros programas de la Institución, pues colaboró eficazmente en la organización y planeamiento de los servicios médicos de la Caja, entre los años 1938 a 1940.

REGLAMENTACION DEL INTERNADO EN LOS HOSPITALES DE LA INSTITUCION

Recientemente, con motivo de la distribución de las plazas de internos en los hospitales de la Beneficencia Pública de Lima, se suscitaron algunas diferencias entre la Facultad de Medicina y los alumnos del sexto año de ese centro de estudios. Posteriormente, logró solucionarse el conflicto en forma favorable, gracias a la intervención del señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social.

La Caja, por su parte, colaborando a esta solución, acordó ampliar a 46 el número de plazas para internos, correspondiendo 38 al Hospital Obrero de Lima y 8 a sus demás centros asistenciales en el país, mejorando, asimismo, la remuneración mensual de S/. 250.00 a S/. 300.00.

Como corolario de lo expuesto, el Hospital Obrero de Lima ha elaborado un proyecto de Reglamento de Organización del Internado, en que se contempla una Comisión de tres miembros, encargada de vigilar el estricto cumplimiento de las normas reglamentarias y los ciclos respectivos de práctica. Al conocer dicho Reglamento, en su sesión de 30 de abril último, el Consejo le prestó su aprobación ampliándolo en el sentido de que la Caja no se considerará vinculada a los internos, tan pronto como ellos terminen el respectivo año de estudios prácticos, dejándose expresa constancia de que la permanencia antedicha no podrá generar derecho alguno para nombramientos posteriores en servicio de la Institución.

INFORMACIONES SOCIALES

INFORME DEL DELEGADO PERUANO ANTE EL III CONGRESO IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

El Consejo igualmente tomó conocimiento, por intermedio del señor Gerente, del informe presentado por el doctor Guillermo Vidal Layseca, Sub-Jefe de la Asesoría Jurídica, quien concurrió como delegado peruano al II Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, celebrado en el mes de noviembre de 1958, en la ciudad de Quito.

REAJUSTE DE TARIFAS POR SERVICIOS CONTRATADOS

En atención a los pedidos formulados, así como tomando en consideración las distintas alzas de precios en productos, bienes y servicios relacionados con la labor hospitalaria, el Consejo en sus sesiones de 30 de abril y de 18 de junio pasados, acordó elevar las tarifas de atención médica, en los centros y hospitales que se reseñan y a partir de las fechas que se señalan:

—Servicios médicos de las Haciendas: Pomalca, Pucalá, Tumán y Cayaltí. . . . S/. 7.00 por consulta médica y S/. 15.00 diarios por hospitalización, desde el mes de abril de 1959.

—Negociación Chiclín. . . . S/. 7.00 por consulta médica y S/. 30.00 diarios por hospitalización, a partir del mes de junio de 1959.

—Negociación Tumán, Sociedad Agrícola Pomalca, Viuda de Piedra e Hijos, Aspíllaga Anderson Hnos. . . . S/. 7.00 por consulta médica y S/. 30.00 diarios por hospitalización, a partir del 1º de mayo de 1959.

INVITACION FORMULADA POR LA ORGANIZACION IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

El Consejo tomó conocimiento de la invitación cursada a la Caja por la organización del rubro, para que concurra a la Reunión Médico-Social de Caracas, a celebrarse entre el 14 y 19 de setiembre próximo, a la que acompaña un cuestionario sobre la vinculación de los profesionales médicos con las instituciones de seguridad social.

De conformidad con el acuerdo adoptado, la Caja absolverá este último documento de manera que dicha Reunión conozca nuestras fórmulas y experiencias en esta materia.

MOVIMIENTO DE AFILIADOS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 1959

En el curso del primer semestre del presente año, el Departamento de Afiliados de nuestra Institución, ha registrado el movimiento de 337,895 asegurados activos, cifra de la que corresponde 304,099 por canje, 25,303 nuevas inscripciones y 8,493 reingresos.

Estas cifras se han obtenido en base a los distintos datos remitidos por nuestras oficinas de Lima y de las provincias afectas al seguro obrero, incluyendo las nuevas zonas de Huancayo y Tacna, incorporadas en el curso del año 1958.

INFORMACIONES SOCIALES

Durante los seis primeros meses de 1959, se ha extendido 129,408 carnets de identidad a igual número de cotizantes, expedición que como es conocido, realiza la Caja en forma gratuita, y sin costo alguno para el trabajador.

En lo que respecta a las tres zonas recientemente incorporadas, que son Cerro de Pasco, Huancayo y Tacna, al primer semestre anotan las cifras de 11,171, 5,705 y 9,653 trabajadores activos debidamente registrados; si consideramos que estos datos se refieren a medio año, en el término del mismo sufrirán considerable variación, en cuanto al volumen y afiliación de asegurados.

—oOo—

Información Nacional

PROXIMA CONVENCION MEDICA NACIONAL

La Federación Médica Peruana (F. M. P.), ha designado recientemente una Comisión Organizadora del certamen del rubro que se realizará en Lima, entre el 29 de junio y el 4 de julio próximo, de conformidad con el siguiente temario:

I.— **Los Seguros Sociales en el Perú:** a).— Revisión de las leyes vigentes sobre los Seguros Sociales; b).— Implantación del Seguro de Salud y Maternidad privados; c).— Implantación de Seguros Obligatorios no monopolistas; y d).— Cajas de Seguros de Salud y Maternidad regionales o departamentales.

II.— **El Trabajo Médico:** a).— Estudios de sus modalidades en las diferentes regiones del país y en las diversas instituciones industriales fiscalizadas y del Estado; b).— Puesto único con horario límite; c).— Trabajo a tiempo completo. Dedicación exclusiva, sueldo mínimo, sueldo vital; d).— Clasificación del trabajo médico; e).— El trabajo médico en el ambiente hospitalario; f).— El trabajo médico en los centros médicos preventivos y asistenciales; g).— El trabajo médico en los organismos asistenciales o técnico-administrativos dependientes del Estado; h).— El trabajo médico en el medio urbano y rural; i).— El trabajo médico en los centros agropecuarios y mineros; j).— El trabajo médico en las diferentes actividades comerciales, industriales, bancarias, etc.; y k).— Bonificaciones por tiempo de servicios, por familia numerosa, altura, riesgo profesional, etc.

III.— **Legislación del Trabajo Médico:** a).— Escalafón del médico funcionario; b).— Obtención de cargos por concurso de méritos; c).— Estabilidad en los cargos y su reglamentación; y d).— Ejercicio ilegal de la profesión: empirismo, curanderismo, charlatanismo, etc.

IV.— **Organización y Administración Hospitalaria en el país:** a).— Hospital Moderno, Centro de Salud; b) Carrera Hospitalaria; c) Necesidad de cursos en un organismo técnico nacional con autonomía económica y descentralización administrativa, encargado de la edificación, ubicación y funcionamiento de los hospitales y de dictar las normas tendientes a una mejor resolución del problema médico-preventivo y asistencial en el país.

V.— **Previsión Social del Médico:** a).— Cooperativismo; b) Seguro de vida; c).— Seguro familiar; d).— Pensiones; e).— Jubilación; y f).— Incapacidad y riesgo profesional.

INFORMACIONES SOCIALES

VI.— **Colegiación Médica.**— Proyecto de Estatuto, Reglamentación del Colegio Médico Peruano.

VII.— **Ética Médica.**— Código de Ética Médica y de Deontología Médica.

VIII.— **Temas Libres.**—

El Comité Organizador de la Convención Médica Nacional, está integrado por los siguientes miembros: Presidente: doctor Eduardo Aguila Pardo; Secretario: doctor Clemente Carbajal; Tesorero: doctor Napoleón Matos. Vocales: doctores Carlos A. Protzel, Carlos Bazán M., Roger Pinillos, Jorge de la Flor, Teobaldo Pinzás, Ernesto Delgado F. y Luis Ulloa Sotomayor.

CONVENIO DE SALUD ENTRE LAS REPUBLICAS DEL PERU Y BOLIVIA

Con fecha 2 de mayo último, ha tenido lugar en la ciudad de Puno, (Departamento del mismo nombre), la suscripción de un Convenio de Salud entre las Repúblicas del Perú y Bolivia, con asistencia de los Excelentísimos Ministros del Ramo de ambos países, doctores Francisco Sánchez Moreno y Julio Manuel Aramayo, y de los Embajadores señores Luis Alvarado Garrido y Juan Luis Gutiérrez Granier.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 12º del mencionado Convenio, las altas partes contratantes han acordado constituir el “Comité de Coordinación” con el Director General de Salud y el Jefe de la División de Tuberculosis, por el Perú; el Director General de Salud Pública y Jefe Nacional de la Campaña Antituberculosa por Bolivia; organismo que estará asesorado por los representantes de los Organismos Internacionales citados en el Tratado: Unicef, O.S.P., O.M.S., O.I.T., etc.

La función específica de este Comité ha de ser el planeamiento de una gran campaña antituberculosa, pudiendo integrarse con los funcionarios técnicos nacionales que se considere necesarios.

Siendo este Convenio un documento de gran trascendencia e importancia en el progreso sanitario de los dos países, nos es grato insertar a continuación el texto íntegro de su articulado:

CONVENIO DE SALUD

Disposiciones preliminares.

Los objetivos del presente Convenio son:

- a).—La realización de una amplia campaña de control de la tuberculosis en las zonas fronterizas del Perú y Bolivia;
- b).—La elevación del nivel económico-social de las poblaciones autóctonas de ambas fronteras; y
- c).—El mejoramiento de la sanidad ambiental en las poblaciones limítrofes.

INFORMACIONES SOCIALES

CAPITULO I

SECCION Iª TUBERCULOSIS

Artículo 1º—Los Supremos Gobiernos del Perú y Bolivia acuerdan realizar una intensa campaña de control de la tuberculosis en las zonas limítrofes de ambos países, en la extensión geográfica que consideren necesaria, las respectivas organizaciones de salud.

Artículo 2º—Las campañas se iniciarán simultáneamente en ambas zonas de frontera, mediante una encuesta tuberculino-radiológica que permita conocer la prevalencia de tuberculosis entre los pobladores.

Artículo 3º—Realizar una sistemática labor de descubrimiento precoz, tratamiento de los casos de tuberculosis activa y de los contactos y la vacunación mediante el BCG de los anérgicos.

Artículo 4º—Se otorgará a todas las personas que hayan sido examinadas, un certificado que permitirá las facilidades que las autoridades de cada país consideren convenientes.

Artículo 5º—Las autoridades de salud de ambas zonas coordinarán sus planes, programas y medios para la realización de las labores de educación higiénica que deberán efectuarse como etapa inicial y durante toda la campaña antituberculosa fronteriza.

SECCION IIª ELEVACION DEL NIVEL ECONOMICO SOCIAL

Artículo 6º—Los Gobiernos signatarios acuerdan realizar en las zonas fronterizas una encuesta económico-social, que permita apreciar las condiciones de vida de los habitantes y obtener las orientaciones necesarias para la formulación de los planes de mejoramiento.

Artículo 7º—Comprenderán los estudios la valorización del estado nutritivo de los pobladores, sus hábitos alimenticios y los medios de sustentación.

Artículo 8º—Ambos Gobiernos intercambiarán estas experiencias y formularán planes de elevación del desarrollo económico que permitan el intercambio de productos, fomento de la producción local, etc.

SECCION IIIª SANIDAD AMBIENTAL

Artículo 9º—Los Supremos Gobiernos del Perú y Bolivia previas las investigaciones pertinentes, realizarán una acción sistemática para el mejoramiento de las condiciones de sanidad ambiental, comprendiendo abastecimiento de agua, sistema de desagües, etc., en las poblaciones del área designada.

Artículo 10º—En los planes de sanidad ambiental se tratará de obtener la participación activa de la respectiva comunidad.

INFORMACIONES SOCIALES

CAPITULO II

Disposiciones generales.

Artículo 11º—Los gobiernos signatarios acuerdan ampliar y mejorar sus servicios de salud fronterizos, otorgándoles los recursos suficientes, personal idóneo e instalaciones adecuadas para el mejor cumplimiento de las disposiciones del Convenio.

Artículo 12º—Los gobiernos signatarios acuerdan la constitución de un “Comité Coordinador”, integrado por un representante de cada país y asesorado por delegados de la Oficina Sanitaria Panamericana y por los técnicos designados por los respectivos gobiernos.

Artículo 13º—Se acuerda el suministro recíproco de vacuna y otros medios que fueran necesarios para el cumplimiento del presente Convenio.

Artículo 14º—Ambos gobiernos estudiarán las posibilidades de intercambio de técnicos de los servicios de salud fronterizos, así como también la preparación del personal correspondiente, intercambio de experiencias y resultados, u otras formas de prácticas de cooperación.

CAPITULO III

Disposiciones finales.

Artículo 15º—El presente Convenio entrará en vigencia inmediatamente después de las ratificaciones correspondientes, de acuerdo con los procedimientos constitucionales de ambos países.

Artículo 16º—El presente Convenio tendrá una duración indefinida, pudiendo ser rescindido por cualquiera de las partes contratantes, previo un aviso de seis meses.

Artículo 17º—Los gobiernos signatarios solicitarán conjuntamente la cooperación del Fondo de Socorro de la Infancia de las Naciones Unidas para el suministro de materiales y equipos; el asesoramiento técnico de la Oficina Sanitaria Panamericana, Organismo Ejecutivo para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; y la participación y ayuda de la Acción Andina de la Organización Internacional del Trabajo y otros Organismos especializados de las N. U.

Artículo 18º—Cualquiera de los dos países signatarios podrá solicitar la modificación o ampliación de las disposiciones del presente Convenio, lo que será motivo de una Reunión de Ministros de Salud.

Artículo 19º—Inmediatamente después de ratificado el presente Convenio por cada uno de los dos países, su texto será transmitido oficialmente a la Oficina Sanitaria Panamericana, para su comunicación a los demás países de América.

En fe de lo cual se firma en dos ejemplares de un mismo tenor, en la ciudad de Puno, República Peruana, a los dos días del mes de mayo de mil novecientos cincuenta y nueve.

FRANCISCO SANCHEZ MORENO, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social del Perú.

INFORMACIONES SOCIALES

CAPITULO II

Disposiciones generales.

Artículo 11º—Los gobiernos signatarios acuerdan ampliar y mejorar sus servicios de salud fronterizos, otorgándoles los recursos suficientes, personal idóneo e instalaciones adecuadas para el mejor cumplimiento de las disposiciones del Convenio.

Artículo 12º—Los gobiernos signatarios acuerdan la constitución de un “Comité Coordinador”, integrado por un representante de cada país y asesorado por delegados de la Oficina Sanitaria Panamericana y por los técnicos designados por los respectivos gobiernos.

Artículo 13º—Se acuerda el suministro recíproco de vacuna y otros medios que fueran necesarios para el cumplimiento del presente Convenio.

Artículo 14º—Ambos gobiernos estudiarán las posibilidades de intercambio de técnicos de los servicios de salud fronterizos, así como también la preparación del personal correspondiente, intercambio de experiencias y resultados, u otras formas de prácticas de cooperación.

CAPITULO III

Disposiciones finales.

Artículo 15º—El presente Convenio entrará en vigencia inmediatamente después de las ratificaciones correspondientes, de acuerdo con los procedimientos constitucionales de ambos países.

Artículo 16º—El presente Convenio tendrá una duración indefinida, pudiendo ser rescindido por cualquiera de las partes contratantes, previo un aviso de seis meses.

Artículo 17º—Los gobiernos signatarios solicitarán conjuntamente la cooperación del Fondo de Socorro de la Infancia de las Naciones Unidas para el suministro de materiales y equipos; el asesoramiento técnico de la Oficina Sanitaria Panamericana, Organismo Ejecutivo para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; y la participación y ayuda de la Acción Andina de la Organización Internacional del Trabajo y otros Organismos especializados de las N. U.

Artículo 18º—Cualquiera de los dos países signatarios podrá solicitar la modificación o ampliación de las disposiciones del presente Convenio, lo que será motivo de una Reunión de Ministros de Salud.

Artículo 19º—Inmediatamente después de ratificado el presente Convenio por cada uno de los dos países, su texto será transmitido oficialmente a la Oficina Sanitaria Panamericana, para su comunicación a los demás países de América.

En fe de lo cual se firma en dos ejemplares de un mismo tenor, en la ciudad de Puno, República Peruana, a los dos días del mes de mayo de mil novecientos cincuenta y nueve.

FRANCISCO SANCHEZ MORENO, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social del Perú.

INFORMACIONES SOCIALES

JULIO MANUEL ARAMAYO, Ministro de Salud Pública de Bolivia.

LUIS ALVARADO GARRIDO, Embajador del Perú en la República de Bolivia.

JUAN LUIS GUTIERREZ GRANIER, Embajador de Bolivia en la República Peruana.

CREACION DE UN CENTRO PARA EPILEPTICAS MENESTEROSAS

Instituido por la Liga de Lucha contra la Epilepsia, se inaugurará próximamente en Lima, un Centro destinado a dar cabida a mujeres menesterosas atacadas de epilepsia, y que llevará el nombre de "Asociación William Lennox de Cultura y Auxilios Mutuos", en homenaje al más célebre epileptólogo del mundo, fundador de la Liga Internacional de Lucha contra la Epilepsia.

El indicado Centro ocupará un local concedido por el doctor Baltazar Caravedo, funcionario del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debiéndose financiar el equipo e instalaciones con los donativos públicos que a la fecha ascienden a más de S/ 15,000.00.

Según declaraciones del doctor Federico Sal y Rosas, Presidente de la Liga, se tratará de proporcionar a las enfermas, material de trabajo para costura, bordados, tejidos y otras labores manuales femeninas a fin de que, quienes las que realicen, se beneficien con la venta de las mismas.

Es interesante mencionar, que varias casas comerciales y personas caritativas han hecho ya llegar sus aportes para esta laudable obra que por primera vez se efectúa en el Perú.

INAUGURACION DE NUEVOS CENTROS ASISTENCIALES

Tres nuevos establecimientos nosocomiales han entrado recientemente en funcionamiento en diversas zonas del país.

Ellos son los hospitales de Toquepala, Ilo y Huanta, los dos primeros construidos por la Southern Perú Mines para la atención de sus empleados y obreros en dichas zonas, y el último dependiente de la Sociedad de Beneficencia Pública del lugar, y que será convertido en Hospital-Centro de Salud, habiendo sido edificado con fondos del Presupuesto General de la República y del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social.

El Hospital de Toquepala, asiento minero del Sur, tiene una capacidad inicial de 50 camas, siendo su costo de S/ 25'000,000.00. Cuenta con consultorios externos y servicios médico-quirúrgicos, estando dotado de los más modernos equipos e instalaciones.

El Hospital de Ilo, cuenta con 25 camas y servicios externos, estando completamente equipado.

En cuanto al Hospital de Huanta en el Departamento de Ayacucho, tiene 50 camas, consultorios externos, laboratorios, servicios médico-quirúrgicos, Rayos "X", Sala de Operaciones y servicios auxiliares .

INFORMACIONES SOCIALES

Los tres nosocomios fueron inaugurados en ceremonias sucesivas y en nombre del Gobierno por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, doctor Francisco Sánchez Moreno, constituyendo un paso más en la política asistencial y hospitalaria en marcha.

CONMEMORACION DEL "DÍA MUNDIAL DE LA SALUD"

El 7 de abril se conmemoró el "Día Mundial de la Salud" cumpliéndose asimismo el undécimo aniversario de la Organización correspondiente.

Con tal motivo se celebró una actuación en el Paraninfo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, presidida por el titular del cargo, doctor Francisco Sánchez Moreno, y en el curso de la cual pronunció un discurso el doctor Samuel Shouse, representante de la Oficina Sanitaria Panamericana, expresando que desde hace mucho tiempo se ha observado que la salud es un problema del Mundo y no exactamente un problema individual de cada país, refiriéndose luego a los orígenes de la Organización Mundial de la Salud y a las actividades que desarrolla.

A continuación se realizó un Simposio sobre "Higiene Mental y Salud Pública" con la participación de connotados profesionales.

Se cerró el acto con el discurso pronunciado por el doctor Sánchez Moreno, quien manifestó, entre otras cosas, que el Ministerio de Salud Pública del Perú, se asociaba con su mejor espíritu a esta fiesta conmemorativa.

Igualmente en el Auditorio del Hospital Obrero de Lima, se realizó una actuación auspiciada por el Cuerpo Médico y presidida por el Director de dicho Nosocomio, doctor Juan Philipps, a la que concurrieron médicos, internos, enfermeras y numeroso público.

ELECCION DEL PERU COMO MIEMBRO DEL CONSEJO EJECUTIVO DE LA O. M. S.

En la XII Asamblea de la Organización Mundial de la Salud que acaba de finalizar en Ginebra, se designó al Perú como miembro de su Consejo Ejecutivo por 74 votos sobre 78.

El Presidente de la Delegación Peruana, doctor Francisco Sánchez Moreno, al agradecer la nominación de nuestro país, pronunció un importante discurso señalando los principales puntos de la política sanitaria peruana así como su aporte a los esfuerzos de la O. M. S. por la salubridad colectiva.

El cargo para el que ha sido nominado el Perú, dura tres años y en ese lapso colaborará como miembro en los programas sanitarios mundiales.

FIJACION DE PRECIOS DE LAS MEDICINAS ESENCIALES

Con fecha 9 de abril del año en curso, ha sido promulgada por el Supremo Gobierno la Ley N° 13200, por la que se autoriza al Ministerio de Salud Pública para reclasificar dentro de las especialidades

INFORMACIONES SOCIALES

farmacéuticas, las consideradas como esenciales para salvar la vida o recuperar la salud, disponiendo que la venta de ellas se efectuará directamente de los laboratorios nacionales o de las firmas importadoras a las Boticas y Farmacias, y de éstas al público, sin admitirse otros intermediarios.

Asimismo se indica que los precios de venta, serán fijados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, aceptándose a los laboratorios nacionales y a los importadores una utilidad máxima de 15% a las Boticas y Farmacias, señalándose las sanciones a los que infrinjan estas disposiciones.

Por último la ley, manda crear en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, un registro de las especialidades a que ella se refiere, declarando, al mismo tiempo, liberados de derecho de importación y adicionales a los equipos de laboratorio y las maquinarias destinadas a la implantación de nuevos laboratorios o el mejoramiento de los equipos y maquinarias de los ya existentes, a condición de que por lo menos el 50% de toda la línea que se fabrique esté constituido por productos esenciales reclasificados. Dichas liberaciones serán decretadas por el Ministerio de Hacienda, previo informe favorable del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

REQUISITOS PARA LA PROMOCION DE EMPLEADOS PUBLICOS

El Instituto Peruano de Administración Pública, creado por Decreto Supremo N° 86 de 16 de agosto de 1958, ha dado término recientemente al Primer Curso Piloto, inaugurado en el mes de noviembre de ese año, con la participación de 70 funcionarios alumnos de los diversos ramos de la Administración Pública.

Como consecuencia de ello, ha sido expedida la Resolución Suprema N° 145-SC, que dispone la extensión por el Instituto aludido, de Certificados de Aprobación, de acuerdo con las pruebas rendidas por los mencionados funcionarios-alumnos. Se dispone igualmente que el documento en referencia, será uno de los factores que se tomarán en cuenta, en las promociones que se efectúen para servidores de su categoría, estando obligados los graduados a dictar cursillos de capacitación en sus respectivas reparticiones, durante el año siguiente a la terminación de sus estudios, a cuyo fin las autoridades de dependencias públicas deberán prestar todas las facilidades necesarias para el cumplimiento de estas disposiciones.

Las normas anteriores constituyen los medios más eficientes para la formación técnica y capacitación profesional de los empleados públicos de carrera.

CREACION DEL COMITE EJECUTIVO DE DEFENSA DE LA ALIMENTACION POPULAR

Por Decreto Supremo N° 5, de 23 de mayo del año en curso, ha sido creado el Comité Ejecutivo Nacional de Defensa de la Alimentación Popular, que está integrado por el Alcalde del Concejo Provincial de Lima, quien lo presidirá, por un Representante del Ministerio de Agricultura, uno del Ministerio de Gobierno y Policía; otro de la Sociedad

INFORMACIONES SOCIALES

Nacional Agraria, y uno de la Central Sindical de Empleados Particulares y por un Representante de la Confederación General de Trabajadores del Perú.

Las atribuciones del citado Comité serán las siguientes:

- a).—Adoptar las medidas necesarias para evitar la especulación y el acaparamiento de los artículos alimenticios de primera necesidad;
- b).—Dictar las medidas para la mejor distribución de los referidos artículos para asegurar el normal abastecimiento a los centros de consumo.
- c).—Promover la relación directa entre el productor, el minorista y el consumidor;
- d).—Resolver en todo lo referente al comercio interno de los artículos alimenticios de primera necesidad; y
- e).—Coordinar y dirigir la acción de los organismos encargados de la vigilancia del comercio de artículos alimenticios de primera necesidad.

Se dispone igualmente que el Comité ejercerá sus funciones en el país a través de los Consejos de Abastecimientos Distritales y Provinciales creados por Decreto Supremo N° 5 de 14 de junio de 1957 los que dependerán del citado Comité Ejecutivo, que tiene la facultad de solicitar las facilidades y ayuda que requiera de los organismos oficiales, de las Autoridades Políticas de la República y de las fuerzas de Policía para el mejor desempeño de su cometido.

BONIFICACION A LOS EMPLEADOS PUBLICOS

Con cargo de dar cuenta al Congreso, el Supremo Gobierno dictó, con fecha 23 de junio último, un Decreto Supremo que aumenta los haberes de los empleados públicos y los salarios de los obreros al servicio del Estado, en proporción exactamente igual al aumento que se otorgó también desde el mes de junio, a los empleados y obreros que trabajan en empresas privadas, esto es, 18% para los primeros S/. 1,000.00; 7% para los siguientes S/. 500.00 y 4% para otros S/. 500.00, es decir que sólo están comprendidos en el aumento los primeros S/. 2,000.00.

Es de advertir que durante el presente año, el aumento se otorgará con carácter de bonificación y no de sueldo, abonándose en la segunda quincena de cada mes, ni siendo deducible del mismo suma alguna en calidad de descuento para pensiones. La bonificación en referencia, se aplicará sobre las remuneraciones básicas percibidas al 31 de mayo del presente año, debiendo tenerse en cuenta que forman parte de ella, los aumentos que hubiesen sido concedidos al mismo personal de servidores desde el 1° de enero del presente año, pero ellos no podrán ser disminuidos en caso de resultar superiores al monto de la bonificación que se otorga.

El beneficio en referencia se cargará a una cuenta que para tal fin abrirá la Contraloría General de la República y que se ajustará al liquidarse el Presupuesto del presente año. En cambio las dependencias que cubran sus presupuestos administrativos, total o parcialmente, con ingresos de cuentas especiales, atenderán la bonificación autorizada con sus propios recursos. En la misma forma lo efectuarán los orga-

INFORMACIONES SOCIALES

nismos autónomos que rigen su desenvolvimiento por sus respectivas leyes de creación.

CONVENIO ENTRE EL SUPREMO GOBIERNO Y LA MISION LEBRET

El Supremo Gobierno expidió con fecha 17 de febrero último, un Decreto Supremo en virtud del que se faculta al Ministerio de Educación Pública para contratar los servicios de la Misión de "Economía y Humanismo" que dirige el Padre Louis Lebret a fin de que se realicen los estudios y emita un informe técnico sobre los niveles culturales y socio-económicos de la Nación, atendiendo a todo lo que pueda fomentar el equilibrio y el desarrollo de los factores que integran la nacionalidad; con este fin ha sido creada una Junta Coordinadora de los Trabajos de Economía y Humanismo, que reunirá, colaborando con la Misión, los elementos necesarios para su mejor desempeño, y que actuará bajo la supervigilancia del Ministerio de Educación Pública.

Determinando las recíprocas obligaciones de nuestro Gobierno y de la Misión, se acaba de firmar un contrato entre el Ministro de Educación, como representante del Gobierno, y el Director General de dicha Misión R. P. L. J. Lebret, documento que nos es grato insertar a continuación:

C O N T R A T O

"Conste por el presente documento el contrato que celebran, de una parte del Gobierno del Perú como representante del Estado, mediante el Ministro de Educación señor doctor Emilio Romero y de la otra, "Economie et Humanisme", centro de estudios constituido como Asociación Civil bajo el régimen legal francés sin objeto de lucro, presentado por su Director General, Padre Louis Lebret, de la Orden Dominicana, con domicilio en Lima, Santuario de Santa Rosa; las partes se llamarán en adelante el "GOBIERNO" y la "MISION" y convienen en lo siguiente:

Primero.—El Gobierno ha expedido el Decreto Supremo de 17 de febrero de 1959, por el cual faculta al Ministerio de Educación Pública para contratar los servicios de una Misión de "Economía y Humanismo", que dirige don Louis Lebret a fin de que realice los estudios y emita un informe técnico sobre la materia que se indica en la parte considerativa de dicho Decreto, para lo cual ha sido creada una Junta Coordinadora de los Trabajos de Economía y Humanismo, en el Perú, que reunirá, colaborando con la Misión, los elementos necesarios para su mejor desempeño y que actuará bajo la supervigilancia del Ministerio de Educación Pública. Por el presente Contrato el "Gobierno" y la "Misión" determinan sus recíprocas obligaciones y derechos con el objeto de dar cumplimiento al Decreto Supremo citado.

Segundo.—Los estudios que realizará la "Misión" son los siguientes:

1) Análisis de los diez niveles colectivos de vida para la población rural y urbana. Esta investigación será llevada a cabo en el terreno, por los equipos de encuestadores, sobre la base de un plan de

INFORMACIONES SOCIALES

sondaje, extendido en todo el territorio nacional por zonas características del país.

Conforme a la metodología de investigación "Economía y Humanismo", los niveles de vida a analizarse serán:

Para las zonas rurales

- 1.—El nivel y los equipos de salud.
- 2.—El nivel y los equipos técnicos.
- 3.—El nivel y los equipos domésticos.
- 4.—La vivienda y el equipo residencial colectivo.
- 5.—El nivel y los equipos escolares.
- 6.—El nivel cultural y de esparcimiento.
- 7.—El nivel familiar.
- 8.—El nivel de sociabilidad.
- 9.—El nivel cívico y municipal.
- 10.—El equipo de vida espiritual.

Para las ciudades (barrios típicos)

- 1.—El nivel y los equipos de salud.
- 2.—El nivel y los equipos domésticos.
- 3.—El nivel y los equipos escolares.
- 4.—La vivienda y los equipos básicos urbanos.
- 5.—Los equipos comerciales.
- 6.—Transportes.
- 7.—El nivel cultural y de esparcimiento.
- 8.—El nivel familiar.
- 9.—La vida de barrio.
- 10.—El nivel de sociabilidad.
- 11.—El equipo de vida espiritual.

Por "equipo" se entiende el conjunto de instalaciones y materiales, así como también los elementos de personal y organización.

II) Dos estudios especiales: uno del problema de la educación y el otro de las formas de vida colectiva en el país.

III) El estudio de las potencialidades y posibilidades del Perú en los diversos sectores que condicionan el desarrollo. La parte de microeconomía de este estudio se llevará a cabo a través de las observaciones directas en los mismos lugares donde se realizará el estudio de los niveles de vida. La parte de microeconomía se realizará a base de la documentación general o particular ya existente.

IV) El estudio de las urgencias o prioridades (arbitrajes técnicos) preparatorias a la formulación de un plan orientado del desarrollo. Esos arbitrajes abarcarán las indicaciones y recomendaciones sobre los estudios regionales y otros que la investigación hiciera necesarias.

Tercero.—A) La Misión presentará un informe al Gobierno al término de sus investigaciones y dentro de un plazo no mayor de 18 meses contados a partir de 30 días de firmado el presente contrato. Este plazo podrá ser prorrogado a 4 meses más, a solicitud de la Misión formulada

INFORMACIONES SOCIALES

antes que venzan dichos 18 meses. La entrega del informe será hecho en 5 ejemplares mecanografiados, con todos los planos, cuadros y documentos integrantes correspondientes. La Misión conservará 3 ejemplares completos en su poder. El idioma del informe será el castellano.

B) El informe al ser entregado al Gobierno pasará a ser de su propiedad, pero el derecho de autor corresponderá siempre a la Misión conforme al cual se reconoce de modo permanente a la Misión la facultad de disponer de los datos de carácter científico que dicho informe contenga, para los fines de estudio e investigación "Economía y Humanismo".

C) La publicación y difusión del informe serán hechas por el Gobierno. La Misión no podrá hacer presentación general de su informe sin previo acuerdo del Gobierno.

Cuarto.—A) La Misión estará formada por un grupo de expertos de la más alta calidad que puede disponer bajo la dirección general del Padre Louis Lebret. Estos expertos se dedicarán totalmente a su labor durante su permanencia en el Perú, la cual será adecuada a su papel. Dichos expertos serán proporcionados por la Misión bajo su exclusiva decisión, cuenta y responsabilidad, previo el "agreement" del Gobierno, que se entenderá concedido en caso de no hacerse observación dentro de los 15 días de solicitado. Si por comisión de delito o faltas graves uno o más de los expertos resultaran inaparentes para el ejercicio de sus funciones, serán reemplazados por la Misión, sin costo para el Gobierno.

B) El Padre Lebret será el Director General de la Misión. Además habrá siempre un Director Adjunto designado por él, quien por impedimento o ausencia del Padre Lebret gozará de todas las atribuciones y poderes y quedará investido de todas las responsabilidades correspondientes al Director.

C) Los pasajes de ida y vuelta de los miembros de la Misión a que esta cláusula se refiere desde sus países de origen y hasta ellos, y cada vez que su presencia en el Perú sea requerida por la Misión, serán en primera clase, proporcionados por el Gobierno y en las líneas aéreas acreditadas.

D) En caso de enfermedad o accidentes, el personal de la Misión será atendido por cuenta del Gobierno en cualesquiera de los servicios sanitarios del Estado.

Quinto. A).—El Gobierno se obliga a:

I) Proporcionar a la Misión y sostener para ella un local en el Ministerio de Educación o en cualquier otro lugar de la ciudad de Lima, con una oficina general y otra particular para el Director, con una superficie útil de 200 metros cuadrados y dos líneas de teléfonos durante todo el término y duración de los trabajos de la Misión. Los gastos de correspondencia, de teléfonos y los telegramas de servicios correrán por cuenta del Gobierno.

II) Proporcionar a la Misión los muebles, equipos de escritorio, materiales de trabajo y enseres de toda naturaleza, que serán necesarios para su labor a juicio de la Misión. En documento que constituye el anexo 1 se inserta la relación de los muebles, equipo y materiales que deberán ser proporcionados junto con la oficina.

III) Proporcionar movilidad a la Misión:

INFORMACIONES SOCIALES

1.—Para el servicio de zonas urbanas y costeñas, dos automóviles con chofer.

2.—Dentro del país:

A) Camionetas con chofer para los equipos de encuestadores (5 a 8 meses).

B) Un avión tipo reconocimiento, con su tripulación, para los directores durante: 1.—El contacto global (15 a 20 días); y 2.—El control de interpretación final (10 a 20 días).

C) Una lancha de reconocimiento con su tripulación para el tipo de encuestadores de la selva.

D) Pasajes en los servicios ordinarios de transportes sea por vía aérea, terrestre, marítima o fluvial.

IV) Poner a disposición y servicio de la Misión el personal de oficina y de campo que ésta demande, integrado por profesionales expertos y empleados en la cantidad mínima prevista en el anexo 2.

B).—Las obligaciones indicadas en los incisos I, II, III y IV, son por cuenta del Gobierno, quien podrá destacar personal a su servicio o contratario para esta labor poniéndolo a disposición de la Misión. Los derechos del personal nacional por sus servicios, los seguros y las responsabilidades del material serán determinados, administrados y pagados por el Gobierno sin intervención de la Misión.

La Misión queda facultada para formular pedidos de personal y material al Gobierno y para objetar las personas y cosas que éste le proporcione siempre que las considere inadecuadas para sus fines. El Gobierno proveerá en tal caso el pronto reemplazo de la persona o cosa objetada.

Sexto. A).—La Misión percibirá como remuneración por los trabajos previstos en los incisos I al IV de la cláusula segunda, la suma de US\$ 95,000.00 (noventa y cinco mil dólares) con la posibilidad de un ajuste de honorarios en el caso en que el Gobierno y la Misión decidan, después del “contacto global”, extender las investigaciones a otras no previstas en el presente contrato. Además se pagará en moneda peruana, como viáticos personales y cotidianos, la cantidad de dos dólares durante los viajes fuera de Lima.

B)—El pago de la suma de noventa y cinco mil dólares será hecho por el Gobierno a la Misión en la siguiente manera: 20 (veinte) por ciento, dentro de los treinta días contados a partir de la fecha de la firma del presente contrato; 5 (cinco) cuotas de 13 por ciento, la primera en setiembre de 1959, la segunda en enero de 1960 y las siguientes cada tres meses y el saldo al entregar la Misión su informe al Gobierno.

Séptimo. A)—La única deducción que podrá hacer el Gobierno al efectuar los pagos acordados en la cláusula anterior sería la correspondiente al punto 1 (uno) por ciento sobre los honorarios de la Misión por cada tres meses de atraso en la entrega del informe, después de vencido el plazo y la prórroga convenidos en la cláusula tercera, siempre que la demora sea a causa imputable a la Misión. Esta deducción se efectuaría sobre la última cuota.

B) Si eventualmente el Gobierno suspendiera la ejecución del presente contrato o en cualquier forma hiciere irrealizable su cumplimiento

INFORMACIONES SOCIALES

to, la Misión recibirá una indemnización de US \$ 20,000.00 (veinte mil dólares) además de hacer suyas definitivamente las sumas parciales que hasta entonces hubiere recibido a título de honorarios conforme a la cláusula sexta. Si por causas no imputables a la Misión tales como la falta de oportuna satisfacción de los medios requeridos y actualizados para la realización y su compromiso, u otra cualesquiera, tuviera que aplazarse las fechas de entrega del informe, el Gobierno abonará los haberes de los expertos de la Misión, que así se vean obligados a prolongar su prestación de servicios y prorrogar su permanencia en el país.

C).—Como los servicios de la Misión son temporales y sin objeto de lucro, expresamente se reconoce a la Misión y a sus miembros las franquicias y exenciones tributarias de toda índole de que goza el personal de Naciones Unidas, OEA y otras entidades internacionales análogas. Tampoco quedarán sujetos al régimen de la legislación para empleados de comercio.

Octavo.—El presente contrato entrará en vigencia inmediatamente que el Congreso haya concedido su autorización para que el Gobierno efectúe los gastos que implica el cumplimiento del trabajo encargado a la Misión, de conformidad a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 11 de 17 de febrero de 1959. Los plazos que establece el presente contrato se contarán a partir de dicha autorización.

Noveno.—La Misión declara su sometimiento a las leyes y tribunales de la República y renuncia a toda reclamación diplomática.

EMILIO ROMERO

LOUIS J. LEBRET

Hecho y firmado en dos ejemplares de igual valor en Lima a catorce días de abril de mil novecientos cincuenta y nueve...

Información Extranjera

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO

Nuevo miembro de la O. I. T.: Guinea

Con fecha 21 de enero del año 1959, la República de Guinea ha ingresado en el seno de la O. I. T., en su calidad de miembro de las Naciones Unidas, mediante la simple comunicación al Director de la Organización, de su aceptación formal de las obligaciones que se derivan de la Constitución de la O. I. T.; de este modo, llegan a 80 actualmente los Estados Miembros de la Oficina Internacional del Trabajo.

Ratificación de Convenios

El Director General de la O. I. T. ha recibido, en las fechas que se indican, las siguientes ratificaciones de convenios internacionales de trabajo;

Guinea (21-1-59).—Convenios: trabajo nocturno (mujeres, 1919), edad mínima (industria, 1921), trabajo nocturno de los menores (industria, 1919), derecho de asociación (agricultura, 1921), cerusa (pintura, 1921), descanso semanal (industria, 1921), enfermedades profesionales (1925), métodos para la fijación de salarios mínimos (1928), trabajo forzoso (1930), edad mínima (trabajos no industriales, 1932), trabajo nocturno (mujeres, 1934) libertad sindical y protección del derecho de sindicación (1948) y protección del salario (1949).

Panamá (16-2-59).—Convenios: horas de trabajo (comercio y oficinas, 1930), enfermedades profesionales (revisado, 1934), y trabajo subterráneo (mujeres, 1935).

Países Bajos (18-2-59).—Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso (1957).

China (31-3-59).—Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso (1957).

Guinea (26-3-59).—Convenio sobre la inspección del trabajo (1947) y sobre el derecho de sindicación y negociación colectiva (1949).

Irán (13-4-59).—Convenio sobre la abolición de las sanciones penales (trabajadores indígenas, 1955).

Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso (1957).

Grecia (27-4-59).—Convenio (revisado) sobre el trabajo nocturno de la mujer (1948).

Aplicación de Convenios

Reino Unido (19-1-59).—Declaración relativa a la aplicación del Convenio sobre las vacaciones pagadas (agricultura, 1952), a los territorios de Basutolandia, Bechuanalandia y Suazilandia.

INFORMACIONES SOCIALES.

(9-2-59).—Convenio sobre las vacaciones pagadas (agricultura, 1952) a algunos de sus territorios no metropolitanos, como la Federación de Antillas (Barbada), Tanganica, reservándose su decisión respecto a otros territorios que se enumeran.

(23-2-59).—Convenio sobre la política social (territorios no metropolitanos, 1947) a Sarawak.

Convenio sobre los contratos de trabajo (trabajadores indígenas, 1947) Sarawak.

Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación (1948): a Niasalandia y con decisión reservada respecto a Rhodesia del Sur.

Convenio sobre los trabajadores migrantes (revisado, 1949) con decisión reservada en relación a Basutolandia, Bechuanalandia y Suazilandia.

(27-2-59).—Convenio sobre los contratos de trabajo (trabajadores indígenas, 1947) a las Islas Salomón.

(23-2-59).—Convenio sobre la indemnización por accidentes de trabajo, 1925) e igualdad de trato (accidentes de trabajo, 1925): A Sarawak.

(27-2-59).—Los dos anteriores convenios a las Islas Salomón.

Convenio sobre la abolición al trabajo forzoso (1957), aplicable sin modificación a Guernesey, Jersey y la Isla de Man.

(6-4-59).—Declaración relativa a la aplicación con modificaciones, del Convenio sobre el servicio del empleo a la Federación de Nigeria (1948).

Países Bajos (18-2-59).—Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso (1957) a las Antillas Holandesas, Nueva Guinea Holandesa y Surinam.

Reino Unido (17-3-59).—Declaración relativa a la aplicación de varios convenios internacionales del trabajo en ciertos territorios no metropolitanos del Reino Unido. Ellos son:

1) Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación (1948) aplicable con modificaciones a Basutolandia, Protectorado de Bechuanalandia, Suazilandia y Uganda. Con respecto a este último territorio, esta declaración sustituye a la registrada el 29 de diciembre de 1958, en la cual el Gobierno del Reino Unido, declaraba que había reservado su decisión al respecto.

2) Convenio sobre el derecho de sindicación y negociación colectiva (1949). aplicable sin modificación a Uganda.

3) Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso (1957), aplicable sin modificación a Guernesey, Jersey y la Isla de Man.

ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Próxima Ila. Conferencia Internacional de Actuarios y Estadígrafos de la Seguridad Social

El Consejo de la A. I. S. S., en su última reunión celebrada en Londres, en mayo de 1958, acordó celebrar la Ila. Conferencia del epi-

INFORMACIONES SOCIALES

grafe en Roma, en el mes de octubre de 1959, conforme al siguiente orden del día:

1°—Los regímenes de pensión frente a la evolución económica y demográfica, tomado especialmente en consideración:

- a) Las variaciones del poder adquisitivo de la moneda y el nivel de los salarios;
- b) Las variaciones de la mortalidad y de la natalidad;
- c) Las relaciones entre el comienzo del disfrute de la pensión de vejez, su importe y la cesación del trabajo.

2°—La organización financiera del seguro de desempleo, considerando en forma especial:

- a) Las posibilidades de aplicación de la técnica del seguro social a la cobertura del riesgo de desempleo; y
- b) Los criterios para la constitución de reservas.

3°—La aplicación de la investigación de métodos y procedimientos en la seguridad social, considerando con atención el seguro de accidentes y el seguro de enfermedad.

ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO

141a. Reunión del Consejo de Administración

Del 10 al 13 de marzo del año en curso, tuvo lugar en Ginebra la 141a. reunión del Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, bajo la presidencia del señor J. A. Barboza Carneiro, del Brasil.

En el curso de las deliberaciones, se tomaron entre otros, los siguientes acuerdos:

a) Examen constante por el Consejo de Administración de los programas de la O.I.T., en mérito a una proposición del Gobierno de Estados Unidos, que se sustentaba en que el Consejo debería tener todos los años, independientemente de consideraciones presupuestarias, oportunidad de proceder a una discusión general de todo el programa de actividades de la Organización.

b) Métodos para mejorar el funcionamiento de la Conferencia Internacional del Trabajo en base a un informe elaborado por el Comité encargado, cuyas proposiciones fueron aprobadas por mayoría.

c) Inscribir en el orden del día de la 44a. Conferencia a realizarse en el año 1960, el punto relativo a reducir la duración del trabajo, a cuyo fin el Consejo estudió el documento presentado por el Director General en que se analizan brevemente las posibles formas de abordar la cuestión en el plano internacional, ya sea mediante la revisión de los convenios existentes, elaborando un nuevo convenio o estableciendo una recomendación complementaria al Convenio sobre las cuarenta horas (1935).

d) Clasificación de radiografías de neumoconiosis.

A este respecto el Consejo tomó nota del informe de la Reunión de

INFORMACIONES SOCIALES

Expertos sobre la clasificación internacional de estas radiografías, autorizando al Director General para que distribuya copias del mismo, entre los gobiernos de los Estados Miembros, Organización Mundial de la Salud y Alta Autoridad de la Comunidad Europea del Carbón y Acero.

e) Estudio del Proyecto de establecimientos de un Centro internacional de información sobre seguridad e higiene en el trabajo, en colaboración con la Asociación Internacional de Seguridad Social, con la finalidad de establecer un nexo eficaz entre las numerosas fuentes de documentación e informaciones diseminadas por el mundo y los usuarios, más numerosas aún.

f) Se dispuso la comunicación a los Estados Miembros del informe de la Comisión de Expertos en Seguridad Social relacionado con la posibilidad de incluir en el orden del día de la próxima reunión de la Conferencia, la adaptación de diversos convenios internacionales aprobados a las disposiciones del Convenio sobre norma mínima (1952) aprobado.

g) Se tomaron asimismo diversos acuerdos relacionados con condiciones del trabajo de las mujeres, trabajo y empleo de personal conforme reglamento y aplicación de convenios y recomendaciones, composición de Comisiones de Expertos en Convenios y Recomendaciones, libertad sindical, cuestiones presupuestarias y administrativas y diversas, habiéndose acordado igualmente la fecha de la 142a. Reunión del Consejo que se celebrará en Ginebra.

Segunda Reunión de la Comisión de Expertos en Seguridad Social de la O. I. T.

La reunión del epígrafe, tuvo lugar en Ginebra entre el 26 de enero al 6 de febrero de 1959.

El orden del día de la misma comprendió las siguientes cuestiones, sobre la que se tomaron diversos acuerdos:

1º—Posibilidad de establecer un instrumento internacional sobre la seguridad de los trabajadores migrantes y estudio de un proyecto de instrumento sobre igualdad de trato de los nacionales y no nacionales en materia de seguridad social.

2º—Posibilidad de revisar distintos convenios internacionales relativos a seguridad social teniendo en cuenta las disposiciones del Convenio sobre norma mínima de seguridad social (1952).

3º—Posibilidad de revisar las disposiciones del Convenio sobre las enfermedades profesionales (revisado).

4º—Revisión de los progresos efectuados en el desarrollo de las estadísticas de seguridad social y examen de futuros programas de trabajo.

Ratificación de Convenios internacionales de Seguridad Social

El 3 de enero de 1959, Francia ha ratificado los convenios bilaterales de seguridad social firmados con España, Grecia y Portugal, así

INFORMACIONES SOCIALES

como el Convenio Europeo relativo a la seguridad social de los trabajadores de los transportes internacionales.

Francia es el tercer país después de Polonia y los Países Bajos que ratifica el convenio europeo, firmado el 9 de julio de 1956 y que entró en vigor el 1º de octubre de 1958. En lo que se refiere a Francia, este Convenio entrará en vigor el 1º de junio de 1959.

Los convenios celebrados con España, Grecia y Portugal, se aplican a los trabajadores asalariados y asimilados nacionales de los países contratantes. Cubren todas las ramas de la seguridad social, salvo las de desempleo, del lado francés, español y portugués y la de asignaciones familiares del lado griego. Estos convenios reafirman el principio de la igualdad de trato de los nacionales de los países contratantes, reglamentan la determinación de las disposiciones legales aplicables, la conservación de derechos y las condiciones de atribución de las prestaciones, incluyendo disposiciones relativas a la colaboración administrativa, con miras a facilitar su aplicación.

La fecha de entrada en vigor de estos convenios, será la del primer día del mes siguiente al intercambio de los instrumentos de ratificación.

A U S T R I A

Modificación del régimen general del seguro social

Con fecha 17 de diciembre de 1958 ha sido promulgada en Austria la ley federal Nº 293, que ha modificado a partir de abril de 1958, la ley de seguro social de 9 de setiembre de 1955, con el objeto de mejorar la situación financiera del régimen del seguro de enfermedad, en el que se había registrado un elevado déficit, como consecuencia del aumento de los egresos por prestaciones que ya no se cubrían con el producto de las cotizaciones.

Las tasas de cotización que pagaban los institutos del seguro de pensiones para financiar el seguro de enfermedad de los pensionados, era del 6.5% de los egresos por pensiones de los trabajadores agrícolas y el 7.5% de las de otros trabajadores. Como éstas no cubrían los egresos por el concepto aludido, la ley modificatoria autoriza a aumentarlas en los casos necesarios hasta un máximo de 8.2% para ambas categorías, lo que se estima que producirá un ingreso adicional de 37 millones de schillings por año. Igualmente cada pensión, salvo la de orfandad, se reduce entre 1 y 2.5% para cubrir una parte de la cotización que deben pagar los institutos del seguro de pensiones. Ello origina que la reducción por mes sea como mínimo 6 schillings por mes en vez de 4.40 como era hasta la fecha.

Asimismo para todo tratamiento médico, incluyendo intervenciones quirúrgicas, deberá presentarse un formulario especial por el paciente, quien para obtenerlo deberá pagar 5 schillings. La validez del formulario de enfermedad es de 3 meses, mientras que el que corresponde a la atención dental tiene validez por todo el tratamiento. La ley establece los casos en que se entregará gratuitamente el citado formulario.

La nueva ley aumenta también el monto de los reembolsos que de-

INFORMACIONES SOCIALES

berán efectuar los institutos de seguro de accidentes a las cajas de enfermedad de 28 millones a 55 millones de schillings. No ha sido variada, en cambio, la tasa de reembolso en lo que se refiere a las cajas de enfermedad de la agricultura, y en lo relativo al Instituto de los Ferrocarriles Austríacos, la suma a reembolsarse podrá ser aumentada en 1.5 millones de schillings en caso necesario. Se han elevado igualmente las sumas límites previstas para tener derecho a un suplemento de pensión.

Por último también ha sido elevado del 25% al 53% el porcentaje a cargo del Estado en el costo de los suplementos de pensión. Con las medidas señaladas en la nueva ley, se piensa cubrir el déficit a que se hace referencia.

F R A N C I A

Modificaciones del régimen de seguridad social

En el año en curso y por la ordenanza N° 59246 se ha promulgado una ley que introduce, a partir de enero de 1959, las siguientes modificaciones vigentes sobre seguridad social:

a).—Asignaciones familiares

Se fija como salario límite para el cálculo de las cotizaciones relativas a asignaciones familiares en la suma de 660,000 francos por año, al igual que para los efectos de los seguros sociales y accidentes de trabajo, elevando la tasa de cotización del 12 al 14.25%.

b).—Prestaciones de seguridad social

Restringiendo disposiciones anteriores se establece que del importe de los medicamentos, análisis, exámenes de laboratorio y productos farmacéuticos, sólo se reembolsará la fracción de la parte garantizada por las cajas que exceda de 3,000 francos por semestre civil y por asegurado, previéndose en adelante una posibilidad de derogación en favor de los asegurados o derechohabientes enumerados por decreto, precisándose, igualmente, la categoría de asegurados y derecho-habientes que pueden acogerse a dichos beneficios anteriores.

La ordenanza dispone que los gastos de curas termales, ya sean reembolsados íntegramente o hasta un monto fijo, serán imputados a los fondos de acción sanitaria y social en las condiciones y límites que fijará una resolución interministerial.

Se modifica, por último, el reglamento interno de las cajas primarias de seguridad social para el suministro de prestaciones, disponiéndose que el médico no podrá recetar medicamentos para un tratamiento de duración superior a quince días y sólo en casos excepcionales por 15 días más.

Estas prescripciones no son aplicables sin embargo a enfermos que padecen de afecciones crónicas o de larga duración.

INFORMACIONES SOCIALES

REPUBLICA DOMINICANA

Seguro para los funcionarios y empleados públicos

El 21 de noviembre de 1958, ha sido promulgada en el país del rubro, la ley N° 5035, que instituye, con carácter obligatorio, un seguro de vida, cesantía e invalidez para los funcionarios y empleados públicos cuyo sueldo mensual no sea superior a 400 pesos dominicanos.

Los que perciban un haber superior podrán asegurarse facultativamente en el seguro de vida e invalidez hasta un límite de 4,800 pesos.

El régimen se halla financiado por una cotización mensual de los asegurados del 2% de sus sueldos. El aseguramiento es por un período de 30 días renovable automáticamente por igual lapso. En cuanto al seguro facultativo de vida e invalidez los asegurados pagarán una cotización de 8 pesos como máximo.

La administración del seguro estará a cargo de la Secretaría de Estado de Salud y Previsión Social, otorgándose prestaciones en los casos de invalidez, muerte y cesantía, cuyos montos la ley señala.

Las prestaciones del seguro de vida e invalidez podrán hacerse efectivas en cualquier momento, pero las de cesantía sólo podrán obtenerse a condición de que ésta no ocurra antes de 6 meses de prestar servicios ni antes de 6 meses de haberse promulgado la ley y siempre que la cesantía no se deba a motivo deshonroso.

El pago de la prestación de cesantía suprime automáticamente todo derecho a la indemnización por muerte o invalidez y de la misma manera el pago de la indemnización de invalidez suprime el derecho a la de muerte o cesantía.

REINO UNIDO

Resultados de la encuesta sobre rehabilitación de inválidos

El Ministerio de Trabajo y Servicio Nacional, en virtud de lo dispuesto en el artículo 3° de la ley sobre empleos de inválidos de 1944, organiza cursos de rehabilitación profesional en quince centros especiales situados principalmente en zonas industriales en diversos lugares de Inglaterra, Escocia y Gales. El objeto de ellos es el de establecer al máximo la aptitud para el empleo de aquellas personas que, por motivo de enfermedad, accidente o desempleo prolongado, necesitan recuperarse físicamente, tener una oportunidad de recobrar confianza en su capacidad para conseguir o conservar un empleo y efectuar una cuidadosa evaluación de sus aptitudes y facultades, a fin de que puedan ser orientadas hacia el tipo de empleo con más probabilidades de lograr su readaptación.

Recientemente han sido publicados los resultados de una encuesta sobre todas las personas que ingresaron en los centros de rehabilitación profesional en 1950, de los que se extraen los siguientes:

En el lapso indicado ingresaron en dichos centros 9,608 personas de los cuales 8,262 eran hombres y 1,346 mujeres, procedentes de todas las regiones del país, especialmente de zonas industriales.

INFORMACIONES SOCIALES

Debe advertirse que el 14% de este total, eran inválidos permanentes; 11% enfermos o accidentados recientes y un 3% personas que se consideraban en buen estado de salud pero que se encontraban desempleadas desde largo tiempo. El número de personas en buen estado de salud fue de 253, quienes al ser sometidas a examen médico en los centros respectivos pudo comprobarse que, salvo 39, muchas padecían de alguna dolencia, inclusive 100 de defectos o trastornos mentales.

Entre los admitidos habían desde aquellos sin experiencia previa, pasando por los peones o trabajadores no calificados, hasta altamente calificados profesionales y directivos.

Un 30% del total de los admitidos (2,886) no habían estado empleados de modo regular, por lo menos desde 2 años antes de ingresar en los centros, y entre éstos, un 14% (1,348) no se podían considerar regularmente empleados desde hacía por lo menos 5 años.

Es de advertir que el 35% de los admitidos tenían más de un impedimento o incapacidad.

Comparando las cifras con las de los admitidos en 1952, se desprende el aumento de la proporción de los casos de tuberculosis pulmonar del 16.6% en 1952 al 22.4% en 1956, debiendo advertirse que en el año 1955 fue donde se registró el mayor número de casos con el 23.1%, habiendo disminuído desde entonces hasta el 19.2% en 1957.

Cabe mencionar también que del total de admitidos el 81.0% terminó sus cursos, habiendo en consecuencia abandonado el 19%, del cual más de la mitad lo hicieron por motivos de salud.

Debe remarcarse también que el índice de abandonos prematuros varía según el grupo médico en que fueron clasificados. El hecho más notable es el índice tan bajo de tuberculosis pulmonar con respecto a otros motivos de salud.

El 82.2% del total de las personas que ingresaron en los centros en 1956, fueron colocadas o iniciaron su formación profesional fuera de los mismos. El 38% de dicho porcentaje estaban colocadas o habían comenzado su formación al cabo de una semana de salir del centro y otro 21% al cabo de un mes. Si se consideran los diversos tipos de incapacidad, el resultado más notable es la elevada proporción de éxitos (88.9%) en el grupo de tuberculosos pulmonares, casi un tercio de los cuales iniciaron su formación profesional.

Al término del curso se le pide a cada persona que llene un cuestionario que se le hace llegar por correo. El 87% de los que terminaron contestaron a este cuestionario, del que se desprende que el 62.4% de los que respondieron tenían un empleo satisfactorio o estaban recibiendo formación profesional. Un análisis detallado de 300 de este grupo, reveló que el 81% seguían el mismo empleo, que obtuvieron al terminar su curso, el 71% habían estado empleados por lo menos 18 de las semanas transcurridas, desde que salieron del centro y sólo el 4% habían estado ausentes por enfermedad por más de 2 semanas en ese período.

En consecuencia los que recibieron formación profesional habían aprovechado el programa del Ministerio de Trabajo y Servicio Nacional.

INFORMACIONES SOCIALES

T U N E Z

Creación de la Caja Central de prestaciones sociales

Por Ley N° 58130 de 22 de noviembre de 1958, el Gobierno tunecino ha fusionado la administración del régimen de subsidios familiares que anteriormente estaba a cargo de tres cajas independientes.

Organización.

El pago de subsidios se efectúa por intermedio de una Caja única, que comprende 3 secciones distintas desde el punto de vista financiero que corresponden a las 3 organizaciones y en las que han sido reajustadas las personas físicas o morales que anteriormente dependían, por la naturaleza de sus actividades, de una de las tres cajas.

Los servicios generales son atendidos por reparticiones comunes a las 3 secciones y los gastos de administración y costo de los servicios se reparten entre las 3 secciones. Los servicios médicos vinculados a las antiguas cajas han sido también unificados.

El Consejo de Administración que tiene a su cargo la dirección de la Caja, está formado por 15 miembros. Además, asisten a las deliberaciones del Consejo con voz, pero sin voto el director y directores adjuntos de la Caja, el interventor técnico y el administrativo.

El control financiero de la Organización se ejercita por un interventor nombrado por el Estado para las finanzas, a propuesta del Secretario de Salud Pública y Asuntos Sociales.

—oOo—

Legislación Social Peruana

*Salud Pública y
Asistencia Social*

APRUEBA CONVENIO DE PRESTACIONES MEDICAS EN HUANCAYO.

R. M. n. 24-3-59.

“El Peruano”, 3—4—59.

Resuelve aprobar el convenio de prestaciones médicas para los asegurados de la Zona de Huancayo, suscrito por la Gerencia de la Caja Nacional de Seguro Social Obrero con la Dirección General de Salud del M. S. P. A. S.

SEÑALA LAS REPRESENTACIONES DEL M. S. P. A. S. DURANTE 1959.

R. M. 3-4-59.

“El Peruano”, 10—4—59.

Establece la nómina de los funcionarios que ejercerán las representaciones del Ministerio de Salud Pública y A. S. durante el año 1959.

DEPENDENCIA DEL INSTITUTO DE SALUD DEL M. P. S. A. S.

D. S. 8-4-59.

“El Peruano”, 13—4—59.

Decretá que el Instituto Nacional de Salud es una dependencia de la Dirección General de Salud, del Ministerio del Ramo, cuya finalidad es servir de organismo normativo en la técnica de laboratorio, estando sujeto a la administración del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, en cuanto a sus funciones básicas y organización.

MODIFICA LA LEY DEL FONDO NACIONAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Ley 13126, 24-4-59.

“El Peruano”, 2—5—59.

Dispone la modificación del artículo 8º de la ley 11672, referente al pago de contribuciones y multas al Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social.

INFORMACIONES SOCIALES

**DELEGADOS ANTE EL COMITE DE COORDINACION
PERU-BOLIVIANO**

R. M. 2-6-59.

"El Peruano" 5-6-59.

Designa los delegados peruanos ante el Comité de Coordinación del Convenio de Salud Perú-Boliviano, al Dr. Julio Muñoz Puglisevich, Director General de Salud y al Dr. Luis Cano Gironda, Médico Jefe de la División de Tuberculosis.

**PROHIBE OTORGAMIENTO DE PERMISOS PARA
EJERCICIO DE LA PROFESION MEDICA**

R. S. N° 92, "STN" 1-6-59.

"El Peruano" 8-6-59.

Dispone que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, no puede otorgar permisos, licencias o autorizaciones provisionales para el ejercicio de las profesiones médicas y paramédicas en el país, por ser función privativa de las Universidades y Centros Especializados, conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica de Educación Pública.

OFICIALIZA EL "AÑO MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL"

R. S. N° 110, "STN" 17-6-59.

"El Peruano" 10-6-59.

Da carácter oficial en el Perú el "Año Mundial de la Salud Mental" que se celebrará en 1960, y encarga al Consejo de Sanidad Mental la realización de encuestas a nivel nacional en el campo de la salud de la mente, y el estudio de los aspectos sociológicos de la evaluación industrial en sus relaciones con la salud mental.

RECLASIFICACION DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

D. S. N° 45, "DGS" 25-4-59.

"El Peruano" 27-4-59.

Aprueba la Reglamentación de la Ley N° 13200, referente a la clasificación general de especialidades farmacéuticas.

*Trabajo y Asuntos
Indigenas*

**APRUEBAN ACUERDO INDIGENISTA CON LA
UNIVERSIDAD DEL CUZCO**

R. S. 7-4-59.

"El Peruano" 9-4-59.

Resuelve aprobar el acuerdo celebrado entre el Instituto Indigenista

INFORMACIONES SOCIALES

del Perú con la Universidad del Cuzco, relativo al desarrollo del Proyecto de Antropología aplicado en "Q'eros", en la provincia de Paucartambo.

RELACION DE SERVIDORES CON DERECHO A DESCANSO SEMANAL

R. S. N° 8, "DS" 7-4-59.

"El Peruano" 13-4-59.

Dispone que los centros de trabajo con labor permanente durante toda la semana, remitirán semestralmente al Ministerio de Trabajo, una relación de los trabajadores que hayan gozado del descanso semanal de 24 horas continuas y los nombres de los reemplazantes si los hubiera.

CONTROL DE LAS VISITAS DE INSPECCION

D. S. N° 6, "DS" 13-4-59.

"El Peruano" 17-4-59.

Establece que las autoridades de trabajo al finalizar las inspecciones que realicen en los centros de trabajo, dejarán constancia de la visita en el libro de planillas, con el número de acta correspondiente, entregando copia numerada al empleador.

CONSIGNACION DEL ROL VACACIONAL

D. S. N° 7, "DS" 8-5-59.

"El Peruano" 11-5-59.

Decreta que los centros de trabajo consignarán en el libro de planillas de sueldos y salarios correspondientes al mes de marzo de cada año, el rol vacacional de sus servidores, respecto al goce de este derecho durante el curso del año.

MODIFICA EL FONDO DE INDEMNIZACIONES DE ESTIBADORES

D. S. N° 28, 8-5-59.

"El Peruano" 12-5-59.

Fija a partir del 1° de junio de 1959, y hasta el 31 de mayo de 1960, en 10% la contribución de los empleadores al Fondo Indemnizatorio de los Estibadores del Puerto del Callao, modificando así el D. S. N° 16, de 17-9-58.

AUMENTO DE SUELDOS Y SALARIOS A TRABAJADORES PARTICULARES

D. S. N° 8, "DS" 23-5-59.

"El Peruano" 25-5-59.

Concede a partir del 1° de junio próximo, un aumento general sobre los sueldos y salarios básicos de los empleados y obreros particulares, con contrato vigente al 31 de mayo de 1959.



INFORMACIONES SOCIALES

Justicia y Culto**LOS PROCURADORES GENERALES DE LA REP.
DEPENDERAN DEL MINIST. DE JUSTICIA Y
CULTO**

Ley 13201, 14-4-59.
"El Peruano" 25-4-59.

Dispone la adición en el artículo 1º de la ley 8489 en el sentido que los Procuradores Generales de la República dependerán directamente del Ministerio de Justicia y Culto, al que remitirán bimestralmente la relación del estado de los juicios a su cargo y los que se siguen con conocimiento de su despacho.

**EXCEPTUA A LA MUNICIPALIDAD DE PISCO
DE LA LEGISLACION DE INQUILINATO.**

Ley 13208, 17-4-59
"El Peruano" 25-4-59.

Excepciona a la Municipalidad de la Provincia de Pisco de las leyes y reglamentos vigentes sobre inquilinato, pudiendo así disponer libremente de sus bienes, con arreglo a las disposiciones correspondientes del Código Civil.

**ALZA DE BENEFICIOS EN LA ASOCIACION
MUTUALISTA JUDICIAL.**

Ley 13211, 18-4-59.
"El Peruano" 21-4-59.

Modifica los artículos 1º, 2º y 3º de la ley 11965, referentes a las cuotas de ingreso y beneficios mutuales, que en caso de fallecimiento deben abonarse a los deudos de los miembros de la Asociación Mutualista Judicial.

**REORGANIZA LA DIRECCION DE ESTABLECIMIENTOS
PENALES Y TUTELA**

R. S. DP, N° 27i, 16-4-59
"El Peruano" 5-5-59

Decreta en estado de reorganización las Direcciones Generales de Establecimientos Penales y de Tutela y de Administración, del Ministerio de Justicia y Culto, nombrando una Comisión ad hoc de reorganización.

INFORMACIONES SOCIALES

DISPOSICIONES SOBRE LOS PROCURADORES GENERALES DE LA REPUBLICA.

D. S. N° 65, 16-5-59
"El Peruano" 16-5-59.

En conformidad con la ley 13201, dispone que los Procuradores Generales de la República actuarán administrativamente por intermedio de la Dirección General de Justicia; señala además los turnos y demás cuestiones procesales que deberán cumplir con arreglo a sus funciones, contempladas en el D. S. de 1/10/54.

EXCEPTUA LOS BIENES DE LA SOC. DE INGENIEROS DE LA LEGISLACION DEL INQUILINATO.

Ley 13233, 26-5-59
"El Peruano" 9-6-59

Dispone que los contratos de locación-conducción de los bienes inmuebles de la Sociedad de Ingenieros del Perú, quedarán exclusivamente sujetos a las disposiciones del Código Civil y del C. de Procedimientos Civiles.

Hacienda y Comercio

DA FUERZA DE LEY AL D. S. DE 8-7-59 (PRIMA DE CONTRIBUCIONES)

Ley N° 13196, 3-4-59.
"El Peruano" 9-4-59

Da fuerza de ley al Decreto Supremo de 8-7-58, que concede una "Prima" al personal de la Superintendencia de Contribuciones equivalente a un porcentaje sobre el rendimiento líquido mensual de las rentas que acota dicha repartición.

COMISION PARA LA REESTRUCTURACION DE LOS SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

R. S. N° 108, 22-5-59.
"El Peruano" 3-6-59.

.; Designa una Comisión que se encargará de estudiar las reformas necesarias para la reestructuración de los servicios administrativos, y reducir sus costos, cuyas conclusiones se tendrán en cuenta para la formulación del Presupuesto General de la República para 1960.

INFORMACIONES SOCIALES

*Educación Pública***AUMENTO DE LAS PENSIONES DE
JUBILACION Y CESANTIA.**

Ley 13125, 23--4-59
"El Peruano" 2-5-59.

Eleva las pensiones de jubilación y cesantía de los servidores del ramo de Educación, que hayan ejercido funciones técnicas, docentes y administrativas, al servicio del Estado, en las proporciones mínimas que se indican.

*Marina***ESTUDIOS SOBRE EL SISTEMA DE TRABAJO
EN EL PUERTO DEL CALLAO**

D. S. N° 29, de 14-5-59.
"El Peruano" 27-5-59

Prorroga por 180 días más el plazo dado a la Comisión Controladora del Trabajo Marítimo del Puerto, para que presente los estudios relativos a la organización integral del sistema de trabajo en el puerto del Callao, dispuesto por el D. S. de 11-2-59.

REGISTRO DE POSTULANTES A TRABAJOS EN EL CALLAO

R. M. DC. 1291, 9-6-59.
"El Peruano" 13-6-59

Dispone la apertura en la Dirección General de Capitanías del Puerto del Callao, de un Registro de personal, titulado "Trabajadores Marítimos sin matrícula", con la denominación de "Postulantes a Trabajadores en el Area Portuaria del Callao"; las vacantes que se produzcan en los gremios marítimos existentes, serán cubiertas con el personal que se halle debidamente empadronado.

INFORMACIONES SOCIALES

*Guerra***BENEFICIOS A OFICIALES RETIRADOS**

Ley 13230, 5-5-59.

"El Peruano" 16-5-59.

Establece que los oficiales de los Institutos Armados en la situación de retiro con 40 o más años de servicios y los que tengan 80 o más años de edad, gozarán de los beneficios que acuerda el inciso d) del artículo 46 de la ley 12326, es decir el grado inmediato superior, con racionamiento y demás indemnizaciones y gratificaciones que la ley acuerda.

*Relaciones Exteriores***DELEGACION PERUANA A LA XIIª ASAMBLEA DE LA SALUD**

R. S. N° 397, 6-5-59.

"El Peruano" 21-5-59.

Nombra la Delegación Peruana que asistirá a la XIIª Asamblea Mundial de la Salud a celebrarse en Ginebra. Presidente: Dr. Francisco Sánchez Moreno, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social; Delegados: Señores Max De La Fuente Locker y César Gordillo Zuleta.

*Gobierno y Policía***AUTORIZA A LA SANIDAD DE GOBIERNO FIRMAR CONTRATO CON EL SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO**

R. M. 5-6-59.

"El Peruano" 12-6-59.

Autoriza a la Dirección de Sanidad de Gobierno y Policía la firma de un nuevo contrato con el Seguro Social del Empleado, para la atención médica y hospitalaria de los empleados dependientes del Ministerio de Gobierno y Policía.

—oOo—

Biblioteca de la Caja Nacional de Seguro Social

PUBLICACIONES RECIBIDAS DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DE 1959

1.—ORGANISMOS INTERNACIONALES

a) Organización Internacional del Trabajo

- Actas de la 135ª Reunión del Consejo de Administración, 1957.
Actas de la 136ª Reunión del Consejo de Administración, 1957.
Actas. 41ª Reunión, 1958.
Actas. 42ª Reunión, 1958.
Memoria del Director General. Parte I.—Problemas y tendencias actuales. Empleo y desempleo. Problemas sociales del desarrollo económico. Instituciones y política social. Parte II.—Actividades de la OIT. Informe I, 43ª Reunión, 1959.
Cuestiones financieras y de presupuesto. Informe II, 43ª Reunión, 1959.
Informaciones y memorias sobre la aplicación de convenios y recomendaciones. Informe III (Parte IV), 43ª Reunión, 1959.
La organización de los servicios de medicina del trabajo en los lugares de empleo. Informe IV (2), 43ª Reunión, 1959.
Los derechos sindicales en Hungría. Nueva Serie, Nº 50, 1959.
Los derechos sindicales en la U.R.S.S. Nueva Serie, Nº 49, 1959.
Libertad sindical, manual de educación obrera, 1959.
Serie Legislativa. Ene.-feb., 1959.
Informaciones Cooperativas. Nº 1, 1959.
Informaciones Sociales. Vol. XXI, Nos. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 1959.
Noticias de la O. I. T. Nos. 51 y 52, 1959.
Revista Internacional de Actuariado y Estadística de la Seguridad Social. Nº 2, 1958.
Revista Internacional del Trabajo. Vol. LIX, Nos. 3, 4 y 5, 1959. Suplemento estadístico. Vol. LIX, Nos. 3, 4 y 5, 1959.
Seguridad e Higiene en el Trabajo. Nº 1, 1959.
Weekly (Pub. Library). Nos. 7 al 17, 1959.

b) Organización Mundial de la Salud

Oficina Sanitaria Panamericana

Día Mundial de la Salud.

- a) Candau, M. G. Las enfermedades mentales y la salud mental en el mundo de hoy.

INFORMACIONES SOCIALES

- b) Hechos y cifras sobre la salud mental.
- c) Lambo, Adeoye T. Un desarrollo rápido puede amenazar la salud mental.
- d) Menninger; C. William. Inquietud y tensión de la vida moderna.
- e) Mensaje del Dr. Abraham Horwitz, Director de la O. S. P. Oficina Regional.
- f) Querido, A. La higiene mental y las autoridades.
- g) Reca de Acosta, Telma. Un buen punto de partida.
- h) Sivadon, P. Las enfermedades mentales y su curación.
- i) Stevenson S., George. Los peligros para la salud mental en el curso de la vida.
- j) Tsung-Yi, Lin. La adaptación del adolescente al mundo de los adultos.

Boletín de la O. S. P. Publicaciones científicas del Instituto de Centro América y Panamá. Suplemento N° 3.

Boletín de la O. S. P. Vol. XLVI, Nos. 2, 3, 4 y 5, 1959.

Crónica de la O. M. S. N° 12, 1958; 1, 1959.

Salud Mundial. N° 1, 1959.

c) Asociación Internacional de la Seguridad Social

Estatutos y reglamentos internos de los órganos constitucionales, 1959.

Lista de las Organizaciones Miembros. Mayo, 1959.

Bulletin de l'Association Internationales de la Sécurité Sociale. Nos. 1-2, 3 y 4. 1959.

Seguridad Social. N° 5, 1958.

d) Organización de los Estados Americanos

Centro Interamericano de Vivienda y Planeamiento. Curso de vivienda rural.

Américas, N° 11, 1958.

Estadística.—Journal of the Inter-American Statistical Institute. Nos. 59-60, 1958.

Noticias de Seguridad. Nos. 4 y 5, 1959.

e) Organización Iberoamericana de Seguridad Social

Acción de la Seguridad Social Iberoamericana. N° 4, 1958; 1, 1959.

III Congreso Iberoamericano de Seguridad Social. Quito, 1958. Actas y Trabajos. T. I y T. III.

2.—LIBROS Y FOLLETOS

Forderungen an die krankenversicherung unserer zeit. Bielefeld, 1958.

Bidart Campos, Germán José. El régimen nacional de previsión social. Buenos Aires, 1958.

Bogliano; Palmiro B. La estabilidad en el contrato de trabajo. Buenos Aires, 1957.



INFORMACIONES SOCIALES

- Krotoschin, Ernesto. Cuestiones fundamentales de derecho colectivo del trabajo. Buenos Aires, 1957.
- Rojas, Julio C. El servicio doméstico, su régimen jurídico. Buenos Aires, 1958.
- Asociación Nacional de Industriales. Régimen tributario. Medellín, 1959.
- Arauz A., Armando. Apuntes sobre seguridad social. San José de Costa Rica, 1959.
- Céspedes Fonseca, Rodolfo. Intoxicación por hierbicida a base de dinitrofenol. San José de Costa Rica, 1959.
- Cassel, Gustav. Economía social teórica, Madrid, 1954.
- Einaudi, Luigi. Principios de hacienda pública. Madrid, 1958.
- Gay, Vicente. La hacienda social. Madrid, 1948.
- Organización Sindical. Reglamento nacional de trabajo en la industria papelerá. Madrid, 1959.
- Reglamento de la sección central de universidades laborales. Madrid, 1959.
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. Discurso de Mr. Eugene R. Black. Washington, 1959.
- Myers, Robert J. Old-age, survivors, and disability insurance provisions: Summary of legislation, 1935-58. Washington, 1959.
- U. S. Department of Health, Education and Welfare. Social Security Administration. Increase in benefits. OASI-216, Spanish-RR 27.
- Insurance Bureau Ministry of Welfare. The outline of social security in Japan. Tokio, 1957.
- López Mateos, Adolfo. México país de dignidad, de justicia y de paz. México, 1958.
- Noriega, Alfonso Jr. Raíz, tradición y obra de la Universidad. México, 1959.
- Cámara de Diputados. Biblioteca. Perú. Municipalidades. Bibliografía y guía legislativa. Lima, 1958.
- Servicio Cooperativo Interamericano de Irrigación, Vías de Comunicación e Industrias. Evaluación económica y planeamiento. Departamento de Arequipa. Lima, 1957.
- Vallenas, Fritz. La ley peruana de electricidad. Lima, 1958.

3.—PUBLICACIONES PERIODICAS NACIONALES

- Anales de la Facultad de Medicina. N° 3, 4, 1958.
- Anuario Estadístico del Perú. 1956-1957.
- Asociación de Comercio e Industria de Arequipa. Boletín de Informaciones. N° 8 a 18, 1959.
- Asociación de Comercio e Industria de Arequipa. Circular de protestos y escrituras. N° 8 a 15, 1959.
- Boletín de Aduanas del Perú. N° 430, 431, 432, 1959.
- Boletín de la Biblioteca Nacional. N° 19-20, 1956-57.
- Boletín de la Caja de Depósitos y Consignaciones. N° 622, 623, 1958.
- Boletín de la Compañía Administradora del Guano. N° 11, 12, 1958; 1, 2, 1959.
- Boletín de la Sociedad Nacional Agraria. N° 273, 274, 275, 276, 1959.

INFORMACIONES SOCIALES

- Boletín de la Sociedad Nacional de Minería y Petróleo.** N° 64, 1958; 65, 1959.
- Boletín de la Universidad Nacional de Ingeniería.** Oct.-Nov.-Dic., 1958.
- Boletín del Banco Central de Reserva.** N° 327, 328, 329, 1959.
- Boletín del Proyecto Bibliográfico.** N° 3, 1959.
- Boletín Estadístico Municipal.** N° 106, 1958.
- Boletín "SCEP".** Servicio Cooperativo del Empleo del Perú. N° 20, 21, 1959.
- Boletín Municipal.** N° 1650-51, 1652, 1653, 1958; 1657, 1959.
- Cámara de Comercio de Lima. Boletín Mensual.** N° 356-357, 358, 359, 1959.
- Cámara de Comercio de Lima, Boletín Semanal.** Nos. 500 al 510, 1959.
- Cámara de Comercio del Departamento de Lambayeque. Boletín Informativo.** Abr., May., 1959.
- Costo de Vida.** Ene., Feb., Mar., Abr., 1959.
- Cruzada Pro Seguro de Vejez.** N° 1, 2, 1959.
- Defensa Médico Social.** N° 4, 1959.
- Electricidad en el Perú.** Boletín de la Asociación de Empresarios Eléctricos, N° 3, 1959.
- Industria Peruana.** N° 321, 322, 323, 1959.
- Informativo Agropecuario.** Feb., Mar., Abr., May., 1959.
- Luz Obrera.** Organo del Sindicato Textil. N° 24, 1959.
- Noticias de Petróleo.** N° 110, 1959.
- La Opinión Popular.** La Oroya. Abr., May., Jun., 1959.
- El Pacífico.** Compañía de Seguros y Reaseguros. Memoria y balance, 1958.
- Perfil Económico.** N° 27, 28, 29, 1959.
- Peruvian Times.** N° 954 a 967, 1959.
- Popular y Porvenir, Compañía de Seguros.** Memoria, 1958.
- La Reforma Médica.** N° 612, 1959.
- Revista de Jurisprudencia Peruana.** N° 181, 182, 183, 1959.
- Revista de la Sanidad de Policía.** N° 6, 1958; 1, 1959.
- Revista del Hospital del Niño.** N° 77, 1959.
- Revista del Instituto de Geografía.** N° 5, 1958.
- Revista de Medicina Experimental.** N° 1-2, 1958.
- Revista Médica del Hospital Obrero.** N° 1-2-3-4, 1958.
- Revista Peruana de Obstetricia.** N° 1, 1959.
- Revista Peruana de Pediatría.** N° 2, 1958.
- Salud Ocupacional.** Boletín del Departamento de Higiene Industrial. N° 1, 1959.
- Seguro Social.** Notas y comentarios de divulgación C. N. S. S. N° 22, 23, 1959.
- Síntesis Semanal.** Informativo de la Corporación de Comerciantes del Perú. N° 147 a 159, 1959.
- Sociedad Nacional de Industrias.** Memoria, 1958.
- Superintendencia de Bancos.** Balances. N° 116, 1958.
- Unicef para América Latina.** N° 17, 1958; 18, 1959.

4.—PUBLICACIONES PERIODICAS EXTRANJERAS

ALEMANIA.—Arbeitschuts. N° 2, 3, 4, 5, 1959.

INFORMACIONES SOCIALES

- Arbeit und Sozialpolitik.** Nº 2, 3, 4, 1959.
Boletín Semanal de Asuntos Alemanes. Nº 13 a 23, 1959.
Bundesarbeitsblatt. Nº 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1959.
Deutsche Versicherungszeitschrift. Nº 3, 4, 5, 1959.
Die Betriebskrankenkasse. Nº 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1959.
Die Ersatzkasse. Nº 2, 3, 4, 1959.
Die Ortskrankenkasse. Nº 5-6, 7, 8, 9, 10, 1959.
Die Sozialversicherung. Nº 3, 4, 5, 1959.
Informations Dienst. Nº 59, 1958; 60, 1959.
Versicherungs Wirtschaft. Nº 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 1959.
ARGENTINA.—Boletín del Instituto Nacional de Previsión Social. Nº 16, 17, 1959.
Boletín de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Nº 3-4, 1958.
Boletín Informativo. Departamento de Maternidad e Infancia. Nº 21-22, 1958-59.
Boletín Quincenal. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Nº 68, 69-70, 1959.
La Ley. Mar., Abr., May., 1959.
Revista de Obras Sanitarias de la Nación. Nº 176, 1958.
Seguros. Nº 45, 1958.
AUSTRIA.—Soziale Sicherheit. Nº 2, 3, 4, 1959.
BELGICA.—Communiqué Mensual. Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale. Nº 1, 2, 1959.
La Mutualité Professionnelle. Nº 2, 1959.
Orientation Mutualiste. Nº 2, 1959.
Société Belge d'Etudes et d'Expansion. Nº 184, 185, 1959.
BOLIVIA.—Indice de Costo de Vida. Nº 9 a 12, 1959.
Salarios. mar., 1959.
BRASIL.—Boletim de Higiene Mental. Nº 169, 171-172-173, 1958.
Boletim do Ministerio do Trabalho, Industria e Comercio. Nº 3, 4, 1957.
Industriarios. Nº 64, 1958.
CANADA.—The Royal Bank of Canada. Monthly Letter. Nº 2, 3, 4, 1959.
COLOMBIA.—Boletín de la Cámara de Comercio de Bogotá. Nº 1016 a 1022, 1959.
Boletín Mensual de Estadística. Nº 96, 97, 98, 1959.
COSTA RICA.—Boletín Mensual. Estadística Hospitalaria. nov., dic., 1958; ene., 1959.
CHILE.—Boletín del Banco Central de Chile. Nº 369-370, 1958; 371-372, 373-374, 1959.
Economía. Nº 62, 1959.
Panorama Económico. Nº 199, 200, 201, 202, 1959.
Previsión Social. Nº 84, 1955-56.
Servicio Social. Nº 3, 1958.
Unidad. Nº 187-188, 189, 190, 1959.
ECUADOR.—Anales. Universidad Central del Ecuador. Nº 343, 1959.
Boletín del Banco Central del Ecuador. Nº 374-375, 1958.
Junta Nacional de Planificación y Coordinación Económica. Informe anual, 1957-58.
EL SALVADOR.—Revista de Trabajo. Nº 29, 1957.

INFORMACIONES SOCIALES

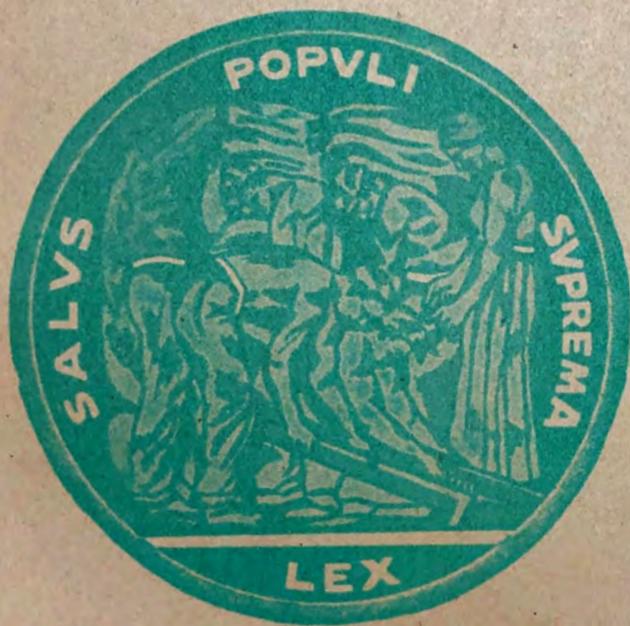
- ESPAÑA.**—**Boletín de Divulgación Social.** N° 149, 150, 1959.
Compilación de Disposiciones sobre Seguros Sociales. Sup. N° 28, 29, 1958.
Cuadernos de Política Social. N° 39, 1958.
Estudios Americanos. N° 82-83, 1958.
Informaciones de la Seguridad Social en España. N° 102 a 111, 1959.
Revista de Derecho del Trabajo. N° 30, 1958; 31, 1959.
Revista Española de Seguros. N° 145, 1959.
Revista Iberoamericana de Seguridad Social. N° 5, 1958.
ESTADOS UNIDOS.—**American Public Welfare Association.** Letter to Members. N° 4, 5, 6, 7, 1959.
APWA. Public Welfare. N° 2, 1959.
Banco Internacional de Construcción y Fomento. N° 586, 1959.
Corporación Financiera Internacional. Comunicado. N° 24, 1959.
Export Import Bank of Washington. N° 560 a 579, 1959.
Export Import Bank of Washington. (Semiannual report to Congress) jul-dic., 1958.
El Hospital. N° 5, 1959.
Life Insurance. New Date. mar., 1959.
Money Matters. mar., abr., 1959.
Monthly Labor Review. N° 3, 4, 5, 1959.
The Monthly Review. Railroad retirement board. N° 3, 4, 5, 1959.
Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic. N° 7, 9, 10, 15, 17, 18, 21, 22, 26, 1958; 1, 2, 3, 1959.
Public Health Economy. N° 4, 6, 1959.
Public Health Reports. N° 3, 4, 5, 1959.
Quarterly. N° 2, 1959.
Servicios Públicos. mar-abr., 1959.
Social Hygiene News. N° 1, 2, 3, 1959.
Social Problems. N° 3, 1959.
Social Security Bulletin. N° 3, 4, 5, 1959.
U. S. Department of Labor. Annual report, 1958.
World Medical Journal. N° 2, 3, 1959.
FRANCIA.—**Boletín Francés de Informaciones Económicas y Técnicas.** N° 1, 2, 3, 4, 1959.
Bulletin d'Information de la Mutualité Agricole. N° 85, 86, 1959.
Bulletin du Service Social des Organismes de Sécurité Sociale. N° 46, 47, 48, 1958; 49, 50, 1959.
Informations Sociales N° 1, 2, 3, 1959.
Revue de la Mutualité. N° 13, 1959.
Revue de la Sécurité Sociale. N° 98, 99, 100, 1959.
GRAN BRETAÑA.—**British Book News.** N° 223, 224, 225, 1959.
The Economist. N° 6028 a 6040, 1959.
Government Publications. ene., feb., mar., 1959.
Rehabilitation. N° 29, 1959.
Social Work. N° 2, 1959.
GUATEMALA.—**Boletín Mensual de Estadística.** N° 58, 59, 60, 1959.
Costo unitario en el Centro Materno-Infantil. 1957-58.
Estadística de Accidentes; casos terminados. 1956.
HOLANDA.—**Wetenschappelijke. Balans van Het Invaliditeits,** 1954.

INFORMACIONES SOCIALES

- HONDURAS.—La *Gaceta*. feb., mar., 1959.
- IRLANDA.—Department of Social Welfare. Report, 1954-58.
- ITALIA.—Archivio di Medicina Mutualistica. N° XII, 1958. *Rassegna Bibliografica*. N° IV, 1958.
- Bollettino Ufficiale*. N° 6, 7, 8, 1958; Sup. *Strordinario*. 1, 2, 3, 1959.
- Informazione "INADEL". N° 2, 4, 5, 6, 7, 1959.
- Previdenza Sociale*. N° 6, 1958; 1, 1959.
- I Problemi della Sicurezza Sociale*. N° 6, 1958.
- Rassegna del Lavoro*. N° 12, 1958; 1, 1959.
- Rivista degli Infortuni e della Malattie Professionali*. N° 6, 1958.
- MEXICO.—Acción Indigenista. N° 66, 1958; 67, 1959.
- América Indígena*. N° 2, 1959.
- Archivos Médicos del I.M.S.S.* N° 4, 1958.
- Boletín Indigenista*. N° 1, 1959.
- Finanzas y Contabilidad*. N° 2, 4, 1959.
- La Justicia*. N° 347, 348, 349, 1959.
- Revista Mexicana del Trabajo*. N° 1-2, 1959.
- NICARAGUA.—*Boletín*.—Organo de la Cámara Nacional de Comercio e Industrias. N° 229, 1958; 230, 1959.
- Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social. Memoria, 1958.
- PUERTO RICO.—*Boletín de Prevención de Accidentes*. N° 6, 7, 1958.
- REPUBLICA DOMINICANA.—*Boletín de Divulgación Estadística*. N° 2, 1959.
- Comercio Exterior*. N° 7, 8, 9, 10, 1958.
- RUMANIA.—*Revista de Statistica*. N° 12, 1958; 1, 1959.
- SUIZA.—*La Mutualité Romande*. N° 3, 4, 1959.
- Schweizerische Krankenkasse Zeitung*. N° 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1959.
- URUGUAY.—*Barco de la República Oriental del Uruguay*. Sup. Estadístico de la *Revista Economía*. N° 175, 1958; 176, 1959.
- Boletín del Instituto Interamericano de Protección a la Infancia*. N° 116, 117, 118, 119, 1956; 120, 121, 122, 123, 1957; 124, 125, 126, 1958.
- Noticiario*. Sup. del *Boletín del Instituto Interamericano de Protección a la Infancia*. N° 106, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 1956; 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 1957; 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 1958.
- Revista de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Industria y Comercio*. N° 33, 1958.
- Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales*. N° 2, 1958.
- Revista de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis*. N° 128, 1958.
- Revista del Banco de la República Oriental del Uruguay*. N° 67, 1958.
- VENEZUELA.—Banco Central de Venezuela. *Boletín Bibliográfico*. N° 122, 1958.
- Banco Central de Venezuela. *Boletín Interno*. N° 179, 1958; 180, 181, 1959.
- Boletín de la Cámara de Comercio de Caracas*. N° 542, 543, 544, 1959.
- Boletín de la Corporación Venezolana de Fomento*. N° 1, 1958.
- Revista del Banco Central de Venezuela*. N° 158-160, 1958.
- Revista Nacional de Cultura*. N° 130, 1958.

INFORMACIONES

SOCIALES



Año XIV Julio-Agosto-Setiembre-1959 No. 3

Publicación Trimestral de la
Caja Nacional de Seguro Social del Perú

INFORMACIONES SOCIALES

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

DIRECTOR: PEDRO CALOSI R.

S U M A R I O

	Pág.
La Seguridad Social de los Obreros en Chile, por <i>Miguel Rabi Ch.</i>	3
Razones para una reorganización del Seguro Social de la República Federal de Alemania, por el Dr. <i>Helmuth Vöhrer</i>	25
Problemas de Organización y Control de las Prestaciones Farmacéuticas en la Seguridad Social, por el Dr. <i>Juan A. Phillips</i> . .	37
Boletín Institucional	51
Información Nacional	55
Información Extranjera	60
Legislación Social Peruana	70
Biblioteca de la C. N. S. S.	78

—oOo—

Año XIV

Julio-Agosto-Setiembre 1959

Nº 3

Redacción y Administración:

CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

Departamento de Estudios Sociales y Económicos

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

Casilla Nº 1311

LIMA

PERU

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

La Seguridad Social de los Obreros en Chile

Por **MIGUEL RABI CH.**, Departamento de Estudios Sociales y Económicos, Caja Nacional de Seguro Social Obrero, Lima, PERU.

EVOLUCION Y GENERALIDADES

En el terreno legislativo de la seguridad social americana, el primer paso realmente sistemático, fue la Ley N° 4054, de 26 de setiembre de 1924, que estableció en Chile, el Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez, constituyendo así el comienzo de una concreta acción de otorgamiento de beneficios a los trabajadores asalariados, por atenciones médicas, subsidios de enfermedad, pensiones de invalidez y de vejez, así como auxilios mortuarios a los deudos; fue característica de esta ley, corresponder a una organización con sistema de capitalización con cobertura de riesgos.

Antecedentes nacionales y americanos de la ley 4054, no se encuentran; antes bien, se puede apreciar en su estructura, la influencia de la legislación alemana sobre seguros sociales, que surgida desde 1883, había venido evolucionando, acorde con las perentorias necesidades humanas y ante el juego variado de los factores políticos y sociales.

Catorce años más tarde, en 1938, se promulgan dos importantes leyes, que perfeccionan el seguro obligatorio, adaptando con mayor precisión algunas de sus principales normas; éllas fueron la Ley de Medicina Preventiva (N° 6174) y la de Protección a la Madre y al Niño (N° 6236). La primera, estableció obligatoriamente el examen periódico de salud y el reposo preventivo, en activa lucha contra las enfermedades cardiovasculares, la tuberculosis, la sífilis, entre otras. La segunda ley, de protección maternoinfantil, consagró el derecho de todos los hijos de las aseguradas, a recibir atención médica y alimentación suplementaria, durante los dos primeros años de su vida.

De este modo, los fines del seguro obrero chileno, quedaron configurados precisamente en tres grandes grupos: a) la protección económica y sanitaria del trabajador asegurado; b) la defensa de la madre y el niño; y c) el descubrimiento precoz de las enfermedades, mediante exámenes periódicos, promoviendo su rápido tratamiento, conforme a un intenso programa de medicina preventiva.

En particular, los resultados de aplicación de estas dos disposiciones, en íntima conexión con el sistema general, se pueden sintetizar en la acertada opinión del Dr. Jorge Mardones R., ex-Ministro de Salud Pública de Chile, quien al referirse al punto declara que "su aplicación ha

INFORMACIONES SOCIALES

significado el descenso paulatino de nuestra mortalidad infantil, que ha constituido uno de nuestros problemas sanitarios de mayor relieve”.

Ventiocho años más tarde, en 8 de agosto de 1952, una nueva ley, la N° 10383, ha modificado sustancialmente la estructura algo desequilibrada del seguro obrero, introduciendo un conjunto de nuevas disposiciones en los beneficios, así como en la administración del sistema, suprimiendo la capitalización y ordenando la enajenación de los bienes de reserva, para convertirlos en viviendas y en menor proporción en hospitales.

En el curso de los años precedentes a esta reforma, se pudo apreciar que todas las prestaciones resultaban insuficientes para garantizar la protección de los trabajadores, y que los fondos acumulados y sus reservas, no cumplían sus finalidades, por su baja rentabilidad, además de la insuficiencia de los aportes. La ley 4054, junto con la de Medicina Preventiva y la de Protección Materno-infantil, cumplieron sus objetivos, llegando en lo posible a los más modestos sectores de los asalariados, con activas campañas de salubridad y despistajes precoces, logrando así una considerable disminución de los índices de morbilidad y mortalidad prematuras, previa lucha contra oscuras creencias, supersticiones y aún empíricas prácticas, todavía predominantes en los diferentes estratos de la población.

El régimen chileno ha servido de ejemplo alentador de muchos esquemas nacionales de seguridad social, que han aprovechado sus valiosas experiencias y muchas de sus disposiciones y normas reglamentarias. Recordamos asimismo, que el proyecto de seguro obrero peruano, contiene expresas referencias a la experiencia obtenida en la nación hermana con ocasión de la aplicación del seguro obrero.

Enormes dificultades debió vencer la Caja de Seguro Obligatorio para llegar a un nivel deseable de funcionamiento; consideremos que su aplicación tuvo el carácter de **nacional**, y así fue una gran tarea la organización en todo el territorio, de la estructura sanitaria y administrativa necesaria.

En el ámbito administrativo, se procuró la descentralización mediante centros locales y provinciales, siendo múltiples los problemas confrontados en relación con la identificación de los asegurados, otorgamiento de prestaciones, el medio agrícola, la limitación de las comunicaciones, la resistencia a las técnicas modernas, etc.

En lo referente al terreno sanitario, la Caja construyó una red de policlínicos, postas y estaciones médico-rurales, en diferentes zonas del país, además de contratar con las Beneficencias, las hospitalizaciones de sus asegurados; posteriormente, con la ampliación de sus objetivos por la ley de medicina preventiva, fue necesario invertir sumas elevadas en las campañas masivas, así como en la construcción de sanatorios y centros especiales de cura y tratamiento, a la vez que se extendía su acción al trabajador y a sus familiares, mediante el examen sistemático de salud, conforme se menciona más adelante. La acción del seguro chileno se ha traducido positivamente en el descenso de las tasas de mortalidad general y de la mortalidad infantil, aun cuando existen problemas propios de la alimentación y de la protección familiar.

INFORMACIONES SOCIALES

I

EL SERVICIO DE SEGURO SOCIAL

Originalmente, la Ley 4054, contempló la creación de una Caja Central en Santiago, y Cajas Locales en cada departamento del país, las que no llegaron a constituirse, pues el Reglamento, aprobado por D. 205, de 8 de abril de 1925, estableció que la Caja de Ahorros en Santiago y la Caja Nacional de Ahorros en las demás regiones del país, tendrían a su cargo la administración financiera del seguro, mientras que la Junta Central de Beneficencia asumiría exclusivamente la atención de los servicios médicos.

El Reglamento citado, creó un Consejo de Previsión cuya finalidad era dirigir y fiscalizar en forma genérica la aplicación de las disposiciones de previsión de empleados y obreros, siendo así una avanzada de órgano unificador, pues refundió en un solo cuerpo directriz las Cajas de Seguro Obrero y de Empleados Particulares. La primera quedó limitada a una simple entidad centralizadora de fondos y beneficios, pues sus reparticiones fueron entregadas a otras entidades, con el consiguiente trastorno funcional. Posteriormente, en el año 1932, enmendándose las disposiciones anteriores, se dictaron las leyes Nos. 5058 y 5067, por las cuales se restituyó a la Caja sus servicios médicos que habían estado a cargo de la Beneficencia, junto con los servicios de inspección, que habían formado parte de la Inspección General del Trabajo. Por último, la Ley de 14 de julio de 1932, consagró en forma definitiva la absoluta autonomía de la Caja, señalándole un Consejo Directivo propio, y suprimiendo la intervención de la Junta Central.

Posteriormente, un acuerdo del Consejo, adoptado en julio de 1937, estableció los Consejos Locales y Provinciales cuya misión principal fue supervigilar la aplicación del seguro obrero, en sus respectivas zonas o provincias, siendo integrados por patronos, obreros y funcionarios públicos.

La organización actual del Seguro Obrero, superando las etapas anteriores, y de conformidad con las disposiciones de la ley 10383, mantiene un órgano central en Santiago, llamado el **Servicio de Seguro Social**, del que dependen directamente 13 organismos zonales del país, a cargo de las Direcciones Locales, las mismas que supervigilan los centros, postas y estaciones médico-rurales de su respectiva circunscripción.

En el terreno médico, el **Servicio Nacional de Salud**, es el organismo encargado de prevenir, luchar y curar las enfermedades de la población y las que afecten a los asegurados y a sus familiares (aspectos preventivo y curativo).

Hasta el año 1952, la asistencia médica en Chile, era muy variada, pues se otorgaba en diferentes servicios, centros y nosocomios, actuando cada uno con responsabilidad limitada, de acuerdo con sus normas legales propias. La ley 10383, ha procurado unificar y centralizar los servicios médicos, a pesar de las múltiples observaciones formuladas, pero no en sentido independiente del cuerpo administrativo, sino íntimamente conectado con el Servicio de Seguro Social, en lo referente a la protección del trabajador y de sus familiares, y a la liquidación de los beneficios que les corresponden.

INFORMACIONES SOCIALES

El Servicio de Seguro Social está regulado actualmente por un Consejo Central, presidido por el Ministro de Salud Pública, e integrado por el Director del Servicio Nacional de Salud, el Director del Servicio de Seguro Social, un representante del Presidente de la República, tres representantes patronales y tres de los asegurados; dos miembros del Senado y dos de la Cámara de Diputados, y por último, con voz únicamente, el Superintendente de Seguridad Social.

El SSS como tal, no ha permanecido ajeno a la inquietud económica nacional, en razón de sus vastas proyecciones sobre grandes masas de trabajadores, y así lo han reconocido los diversos certámenes y acuerdos realizados en el país sureño, pues su situación financiera es fundamental dentro de la economía de la seguridad social actual, la que a su vez depende directamente del equilibrio nacional. De acuerdo con la estructura vigente, el Servicio de Seguro Social es "un organismo estructuralmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa".

CAMPO DE APLICACION

Todos los obreros que perciban un salario están comprendidos en el seguro social; asimismo, los aprendices y postulantes de industrias y ocupaciones, junto con los trabajadores independientes (artesanos, artistas, pequeños industriales y comerciantes fijos o ambulantes, personas que realizan oficios o prestan servicios por propia cuenta al público en forma directa), y en el caso de los independientes, siempre que sus ingresos anuales no sean superiores a un sueldo vital anual. Actualmente, el sueldo vital mensual en Santiago, para los empleados particulares y que sirve de base para este cálculo es de 57,550 pesos.

La ley 4054 inicialmente contempló el seguro voluntario de los mayores de 45 años de edad, y que tuvieran rentas superiores a los 8,000 pesos (cuantía del año 1924) previa presentación de un certificado de salud expedido por los médicos de la Caja; así como el de los familiares del asegurado, en forma voluntaria, mediante una imposición complementaria de 5% sobre los ingresos totales.

El régimen actualmente ha contemplado el sistema de continuación voluntaria de "las personas que por cualquiera causa dejaren de tener la obligación del seguro", como señala el último Reglamento, y siempre que reúnan los siguientes requisitos: a) no estar afectos a otro sistema de previsión; b) tener una renta anual no superior a tres sueldos vitales anuales de Santiago (o sea no más de 2'071,800 pesos o sea 62,000 soles al año); c) tener un mínimo de 200 imposiciones anteriores; d) no gozar de pensión en el seguro obrero; y e) haber sido autorizado oportunamente por el Servicio; además, para todos los efectos legales y de beneficios, estos trabajadores voluntarios, cotizan en la misma forma que los independientes.

Están excluidos del seguro, quienes perciban ingresos superiores a los indicados, así como todas las personas que pertenecen a otros sistemas de previsión, como los empleados públicos y particulares, miembros de las fuerzas armadas, carabineros, etc.

INFORMACIONES SOCIALES

INGRESOS GRAVABLES.

El elemento básico para el cómputo de las cotizaciones, es el ingreso efectivo que percibe el asegurado, y con el que satisface sus necesidades; dentro de este concepto, se consideran los salarios propiamente dichos, así como todas las remuneraciones en dinero y especie, regalías, gratificaciones, participaciones en beneficios, comisiones, servicios, derecho de casa, vestuario, etc. que se perciban; quedan exceptuadas únicamente las asignaciones familiares y los beneficios para los miembros de familia, en razón de su carácter transitorio y algunas veces voluntario.

La ley chilena, distingue tres clases de salario, conforme se menciona a continuación:

Salario base mensual, constituido por el término medio de los salarios, rentas y subsidios sobre los cuales ha impuesto el afiliado durante los 5 años calendario anteriores a la fecha del siniestro; se obtiene dividiendo los salarios y demás ingresos registrados, entre 60.

Salario medio de subsidios que viene a ser el término medio de los salarios diarios que sirvieron de base para calcular el primer día de subsidios concedidos a los nuevos beneficiarios de estas prestaciones, durante el año calendario respectivo. Este salario medio se obtiene anualmente dividiendo la suma de salarios diarios entre el número de beneficiarios.

Salario medio de pensiones que corresponde al término medio de los salarios bases mensuales, que sirvieron para determinar las rentas de vejez, invalidez y viudedad, originadas por los asegurados activos, concedidas en el año calendario precedente; se obtiene dividiendo la suma de los salarios base mensuales entre el número de recipientes; el valor obtenido, ajustando a la decena de pesos más cercana, rige durante todo el año calendario siguiente.

La ley define además como **Densidad de imposiciones** a la relación que existe entre el número de semanas con imposiciones en un período determinado y el número de semanas que abarca dicho lapso; basta dividir el número de semanas con cotizaciones entre el número de semanas de tiempo a que se refiere para obtener esta densidad; por ejemplo, corresponde a 1,0 cuando en todas las semanas señaladas se ha obligado todas las cotizaciones; es de 0,5 cuando se ha impuesto sólo en la mitad del lapso señalado; y es de 0,0 cuando no se registra cotización alguna; las aseguradas están exoneradas de esta densidad, por consideración a sus actividades domésticas, hogareñas y familiares.

RIESGOS CUBIERTOS

La ley original, N° 4054, garantizó la cobertura de los riesgos de enfermedad, invalidez y muerte; posteriormente, la ley 10383, su Reglamento y otras disposiciones complementarias, han comprendido además de los eventos citados, los de vejez, cesantía, asignaciones familiares y beneficios facultativos, conforme detallamos a continuación.

INFORMACIONES SOCIALES

Enfermedad.—Al implantarse en 1925 el seguro obrero, se adoptó el sistema de libre elección de médico y de farmacia por el asegurado, modalidad que sólo subsistió por dos años, pues originó vicios e irregularidades en las relaciones de la Caja con los asegurados y los médicos, causando serios perjuicios económicos. En esa virtud, se consideró más conveniente adoptar el sistema de servicios propios para el otorgamiento de las prestaciones sanitarias, lo que a su vez originó una urgente racionalización de los servicios existentes.

La cobertura del seguro de enfermedad, de este modo, se realizó por un lado en postas y establecimientos propios de la Caja, para las consultas externas o ambulatorias, y por otro en hospitales, clínicas y sanatorios propios y contratados de la Beneficencia principalmente, y en menor escala de la Universidad de Chile. Hospital Militar, etc., para los casos de internamiento y urgentes. El reglamento facultó al Consejo Directivo la suscripción de contratos de atención médica, lográndose coordinar servicios con clínicas, asilos, maternidades, sanatorios, etc. con abono de estancias y medicinas al costo.

Actualmente las atenciones médicas se otorgan directamente por intermedio de los médicos funcionarios del Servicio Nacional de Salud; no existe el sistema de reembolso.

Inicialmente, el subsidio de enfermedad, durante las dos primeras semanas de enfermedad, ascendía al 80% del salario, reduciéndose a partir de la tercera semana al 25%; se estableció esta disminución con la finalidad de estimular la concurrencia al trabajo, una vez vencida la dolencia; pero no resultó efectiva, en los casos de dolencias crónicas, como la tuberculosis, cardiovasculares, etc.

Años más tarde, la Ley de Medicina Preventiva estableció el **subsidio de reposo**, equivalente al 100% del salario, abonable durante todo el tiempo de incapacidad, y que hasta la fecha viene aplicándose en forma real y efectiva.

En el riesgo de enfermedad, el asegurado tiene derecho a recibir atención médica (tratamiento médico y quirúrgico, a domicilio o establecimientos cerrados), dental y farmacéutica; incluyendo además las propias del embarazo, parto y etapas posteriores.

En caso que la enfermedad o accidente no proveniente del trabajo, incapacite al imponente por un lapso superior a tres días, la legislación contempla el otorgamiento de un **subsidio de enfermedad** igual al 100% del salario medio, sobre el que haya impuesto en los últimos seis meses anteriores.

Actualmente, el periodo de espera es de 6 meses de afiliación y un mínimo de 13 cotizaciones obladadas en igual número de meses calendario.

Maternidad.—Las aseguradas tienen derecho a percibir durante el embarazo, parto y etapas posteriores, prestaciones similares a las del seguro de enfermedad, es decir exámenes periódicos de salud, asistencia médica, quirúrgica, externa e interna, a domicilio o en establecimientos cerrados.

El beneficio de maternidad se abona dentro de las 6 semanas anteriores y las seis posteriores al parto, a condición de no realizar labor remunerada durante dicho lapso.

INFORMACIONES SOCIALES

A partir de la séptima semana, y siempre que la madre amamante a su hijo, tiene derecho a percibir un auxilio de lactancia igual al 25% del monto bruto del subsidio, siendo condición indispensable para la formulación del derecho, la inscripción del nacimiento en el Registro Civil. En caso de partos gemelares, el auxilio se paga en relación con el número de hijos dados a luz.

Invalidez.—Dos tipos de incapacidad contemplan la ley 10383 y su Reglamento: absoluta y parcial; existe invalidez absoluta, cuando el asegurado no puede procurarse por un trabajo adecuado a sus fuerzas actuales, capacidad y formación, una remuneración igual al 30% del salario habitual de un trabajador sano en condiciones análogas de labor, en la misma localidad; hay invalidez parcial cuando la remuneración que puede obtener el afiliado, es superior al 30% pero inferior al 60%.

La invalidez absoluta da derecho a una pensión mensual, cuyo monto básico es de 50% hasta el máximo de 70% del salario base mensual; la renta de invalidez parcial es igual a la mitad del monto anterior.

Para tener derecho a pensión de invalidez, el asegurado debe reunir determinados requisitos: a) estar inválido por causa que no genere derecho a renta por accidente de trabajo; b) tener cuando menos 50 semanas de imposiciones; c) tener una densidad de imposiciones no inferior a 0,4, en el periodo que determine el salario base mensual; en caso de que este periodo sea de 5 años, el asegurado deberá tener por lo menos 104 cotizaciones; d) contar con una densidad de imposiciones no inferior a 0,5 en el periodo de afiliación, o por lo menos la mitad de este tiempo con imposiciones (requisito no exigible a las aseguradas); y e) ser menor de 65 años de edad a la fecha de la invalidez.

La calificación del estado de invalidez corre a cargo de una Comisión Mixta, integrada por representantes de los Servicios de Seguro Social y Nacional de Salud; en caso de desacuerdo respecto a la declaración de este estado, en definitiva resuelve la Superintendencia de Seguridad Social.

Por cada hijo legítimo, natural o adoptivo, menor de 15 años o inválidos de cualquier edad, no pensionados, el rentista recibe aumentos equivalentes al 10% del salario medio de pensiones.

Vejez.—El asegurado que cumpla 65 años de edad, que tenga un mínimo de 800 semanas cotizadas (500 para mujeres) y una densidad de imposiciones no inferior a 0,5 en el periodo de afiliación, tiene derecho a una pensión de vejez. Contempla la legislación, deducciones de edad en relación con trabajos pesados, hasta el máximo de 5 años, pero en este caso, el peticionario debe contar con un mínimo de 1,200 cotizaciones para gozar de esta renta.

La pensión de vejez se computa en la misma forma que la de invalidez, mencionada en el rubro anterior.

Nota especial de este régimen, introducida por el Reglamento, es que el rentista de vejez que continúe trabajando, tiene derecho a un

INFORMACIONES SOCIALES

aumento anual de su pensión por cada 150 semanas más de imposiciones que obtenga; el aumento equivale al 10% del valor de sus cotizaciones personales, en el caso de un trabajador obligatorio, y de 5% tratándose de los independientes.

Muerte.—El Servicio de Seguro Social cubre este riesgo, mediante tres prestaciones: cuota mortuoria, pensión de viudedad y pensión de orfandad.

Cuota mortuoria es la cantidad que paga el SSS al familiar de un asegurado fallecido, que acredite haberse hecho cargo de sus funerales y sepultación. Ascende a una vez y media el salario medio de pensiones; tod a los años el SSS establece el valor de la cuota mortuoria, publicándola en los diarios y revistas de todo el país, para conocimiento de los ciudadanos.

La pensión de viudedad es una suma que el Servicio garantiza mensualmente a la viuda de un afiliado fallecido; el Reglamento exige previamente el cumplimiento de los siguientes requisitos; a) que fallecido haya contado con 50 imposiciones como mínimo; b) que registre una densidad de imposiciones no inferior a 0,4 en el periodo que determine el salario base mensual; c) poseer una densidad de imposiciones no inferior a 0,5 en el periodo de afiliación; d) que el matrimonio se hubiese celebrado por lo menos 6 meses antes del deceso, y en el caso de pensionados, en los 3 años anteriores al fallecimiento.

No tiene derecho a pensión, la viuda mayor de 65 años de edad, que recibe una renta por la Caja de Accidentes de Trabajo, así como la que contrae nuevas nupcias.

La pensión de viudedad equivale a la mitad de la renta que estuviere percibiendo el afiliado, o le hubiere correspondido en caso de ser declarado inválido absoluto.

Pensión de Orfandad viene a ser la cantidad que mensualmente el SSS abona a cada uno de los hijos legítimos, naturales, adoptivos o ilegítimos del causante, menores de 15 años o inválidos de cualquier edad; los hijos mayores de 15 pero menores de 18 años, gozan de esta renta, en caso de que sigan estudios primarios o secundarios, de oficios, profesionales o técnicos.

Corresponde al 20% del salario medio de pensiones para cada uno de los hijos; para tener opción a la renta, el asegurado fallecido debe reunir los mismos requisitos contemplados para el otorgamiento de la cuota mortuoria.

Indemnizaciones por años de servicios.—El Decreto con fuerza de ley N° 243, de 3 de agosto de 1953, estableció en Chile la indemnización por años de servicios, como un sistema de protección contra el desempleo, en favor de los obreros afiliados al Servicio, con excepción de los trabajadores independientes conforme a este D. F. L. se reconoce a cada obrero una cantidad equivalente al 8.33% de los salarios y subsidios sobre los que haya tenido imposiciones, a partir del 1° de enero de 1954; asimismo, se les reconoce el 4.165% de los salarios sobre los que obraron sus cuotas, en los diez años anteriores a 1954.

INFORMACIONES SOCIALES

Para girar sobre estos fondos, los asegurados deben cumplir necesariamente una de las condiciones siguientes: a) contar con más de 1,560 semanas de imposiciones; b) tener más de 60 años de edad; o c) ser inválido absoluto o gozar de pensión de vejez. En caso de fallecimiento del afiliado, el saldo o el total de los fondos, se entregan a los beneficiarios de las pensiones de viudedad y de orfandad que existieran.

Este D. F. L. estableció la protección contra la **cesantía** al contemplar en su artículo 5º que "los obreros que quedaren cesantes por causas no imputables a su voluntad, podrán girar a cuenta de sus fondos de indemnización", previo cumplimiento de uno de estos requisitos: a) contar con 156 cotizaciones; antes de solicitar por primera vez el beneficio; o b) poseer por lo menos 104 semanas de imposiciones desde el giro del anterior egreso por este mismo concepto.

En caso de desempleo involuntario, el trabajador debe inscribirse en el Servicio de Colocaciones que oportunamente se le indica, con conocimiento de que los primeros 30 días de desempleo, no dan derecho a retiro de fondos.

Los subsidios por cesantía ascienden al 50% del promedio mensual de los jornales y de los subsidios sobre los cuales se efectuaron imposiciones en los últimos seis meses anteriores al desempleo; el beneficio se calcula dividiendo entre 6 el total de los salarios y prestaciones a que correspondan las cotizaciones de dicho lapso.

El pago de las indemnizaciones se financia con una imposición de 2% sobre los salarios, a cargo exclusivo del patrono.

El subsidio por cesantía es de dos clases, parcial (cuando el salario por reducción de faena se ha disminuído en un 50% cuando menos). y total abonable a quien ha perdido totalmente el empleo. Se conceden únicamente durante un máximo de seis meses.

Asignaciones Familiares.—Este sistema se estableció en 21 de julio de 1954, por el Decreto con fuerza de ley N° 245, en beneficio exclusivo de los trabajadores dependientes que tuvieren a su cargo a las siguientes personas; a) mujer legítima; b) hijos legítimos y naturales menores de 15 años de edad inválidos de cualquier edad; c) hijos mayores de 15 y menores de 18 años, que continúen estudios con éxito; d) padres legítimos o naturales y madre legítima, mayores de 65 años de edad o inválidos sin límite alguno. Recientemente la ley N° 13305, llamada de reajuste económico, ha incorporado en el ámbito de protección a los nietos y bisnietos del afiliado, menores de 20 años de edad y huérfanos, que estén directamente a su cargo.

Por cada día trabajado y por cada carga, mensualmente se abona a los asegurados una asignación equivalente al 0.35% del salario medio de pensiones; correspondiendo a los empleadores abonar directamente con los jornales estas asignaciones y por mensualidades vencidas conforme ordena el SSS; estos pagos, luego se compensan con las cuotas que están obligados a abonar, entregando únicamente las diferencias que resultaren.

El régimen de asignaciones familiares, inicialmente se financiaba con el 15% de los salarios (13% el patrono y 2% el asegurado);

INFORMACIONES SOCIALES

recientemente la ley N° 13305, ha fijado en 24% este porcentaje (22% el patrono y 2% el afiliado), además de aumentar en 30 pesos más la asignación por carga y día trabajado.

Reajuste automático de las pensiones.—Es una realidad en Chile, el reajuste anual de las rentas, a condición de que el salario medio de subsidios haya aumentado por lo menos un 15% sobre el vigente a la fecha del anterior reajuste; de este modo, el aumento viene a ser una suma muy cercana al salario medio de subsidios.

Una de las más importantes experiencias del seguro obrero chileno, y que precisamente, es objeto de numerosos estudios y debates, incluyendo el minucioso análisis que realiza el Instituto de Economía de la Universidad de Chile, junto con la Superintendencia de Seguridad Social, es el de las **pensiones**. En el curso de los últimos años, con motivo de la desvalorización monetaria, el monto de las pensiones se redujo hasta alcanzar sumas ínfimas, no pudiéndose remediar la situación por carecer de un dispositivo legal que facilitara el periódico reajuste, en relación con las modificaciones del valor monetario.

Este dispositivo fue incorporado por la ley N° 10383, y más recientemente modificado por la ley N° 13305, de 4 de abril de 1959, la que en sus artículos 37° y siguientes, se ocupa de las pensiones de jubilación, disponiendo que “en ningún caso... podrán ser inferiores a 22,000 pesos mensuales y las de viudez a 50% de esa suma y las de cada huérfano al 15% de la misma”. En cuanto a las jubilaciones, retiros y montepíos de servidores públicos (administración, Universidades, municipios, empresas estatales y autónomas, etc.) a partir del 1° de enero de 1959, sus pensiones han sido reajustadas, de acuerdo con la escala siguiente:

- a) pensiones superiores a dos sueldos vitales 36% de aumento
- b) pensiones iguales o superiores a 2 sueldos vitales pero inferiores a tres 28% de aumento
- c) pensiones iguales o superiores a tres sueldos vitales 21% de aumento

El sueldo vital mensual de los empleados en Santiago, fijado para el año 1959, es de 57,550 pesos; además, corresponde a las respectivas instituciones previsionales cubrir los costos de los reajustes señalados. En los mismos porcentajes indicados, se han elevado las rentas de jubilación y montepío concedidas por instituciones privadas de previsión.

FINANCIACION DEL S. S. S.

Originalmente, la ex-Caja de Seguro Obligatorio seguía el sistema de capitalización como modalidad financiera (en que los gastos que ocasionan los beneficios se cubren con el producto e intereses del capital reunido con los aportes); como quiera que la política de inversiones de la Caja fue errada, y además los bienes no produjeron los rendimientos esperados en relación con las sumas invertidas, los saldos no fueron favorables y aún más insignificantes; la ley 10383 modificó el sistema financiero, introduciendo el de reparto, en el que no es necesario constituir un capital para hacer frente a los gastos institucionales.

INFORMACIONES SOCIALES

les, sino que con una suma acumulada se cubren las diferencias que puedan resultar entre los ingresos y los gastos, siendo la principal y más redituable inversión la construcción y venta de casas a los imponentes.

Las siguientes son las tasas contributivas vigentes en 1959, cuya recaudación corre a cargo del Servicio de Seguro Social, con las partidas y porcentajes que se indican:

	Patrono	Asegurado	Total
S. S. S.	12%	5.5%	17.5%
Asignaciones Familiares .	22%	2%	24%
Indemnizaciones años de servicios	2%	—	2%
Establecimientos Escolares	1%	0.25%	1.25%
Total	37%	7.75%	44.75%

VENTA DE CASAS

Dentro del régimen de seguro obrero, ha sido una incorporación de la ley 10383, la construcción y venta de casas a los imponentes, con el producto de la liquidación de los bienes de la extinguida Caja de Seguro Obligatorio y que junto con el 1% de los ingresos del Servicio, se entrega a la Caja de la Vivienda, hoy Corporación de la Vivienda, para la finalidad indicada. Los reglamentos de adjudicaciones de las casas de tipo mínimo construídas, contemplan la prioridad en el otorgamiento a los asegurados que llenen determinados requisitos: a) tiempo de imposiciones; b) densidad de cotizaciones; c) carga familiares; d) la no posesión de la casa propia, etc.

En cierta forma se ha procurado dejar al asegurado la facultad de garantizar el pago de las imposiciones, al establecer que tienen preferencia en el otorgamiento de préstamos así como para las asignaciones familiares, quienes cuenten con cotizaciones obladadas en forma regular y periódica, tratando de introducir un elemento de orden que acreciente el interés y vigilancia del asegurado por la regularidad de los aportes propios y del patrono.

RESUMEN FINAL

En un intento de exponer algunos de los actuales problemas de la organización y mantenimiento del sistema chileno, nos permitimos bosquejar los que siguen:

a) el Servicio de Seguro Social no cubre los accidentes de trabajo ni las enfermedades profesionales, eventos que están a cargo del patrono, quien debe suscribir contratos con empresas privadas de seguros, existiendo además la Caja de Accidentes de Trabajo que otorga rentas a los accidentes y a los deudos de éstos.

INFORMACIONES SOCIALES

b) No está perfectamente definido el seguro de cesantía, aun cuando este riesgo es de real acaecimiento en Chile.

c) Todavía no es totalmente efectivo el seguro obrero en el medio agrícola, pues un apreciable sector de la población está privado de los beneficios establecidos a su favor.

d) Los subsidios de enfermedad son elevados (corresponden al 100% de los salarios), lo que ha generado una corriente de simulación de enfermedades, debiéndose acrecentar en contrapartida el control en las prestaciones médicas.

e) La edad para el otorgamiento de pensiones de vejez es de 65 años, que resulta elevada para un país con población de nivel medio de vida como Chile; un estudio del Instituto de Economía de la Universidad de Chile ha recomendado su fijación en 62 años.

f) El problema de la desvalorización monetaria obliga al periódico reajuste de las prestaciones, con las consiguientes alzas de contribuciones, las que llevan a una elevación continua de precios, a pesar de los controles estatales.

g) La existencia de numerosas normas y sistemas de previsión con variadas modalidades de cotizaciones, y beneficios, es igual al número de instituciones, lo que limita los alcances previstos y eleva los costos de administración y las cargas.

h) Se aprecia cierta intranquilidad en los diversos grupos de trabajadores (obreros y empleados), interesados en alcanzar las ventajas obtenidas por otros grupos, pero sin considerar las proyecciones futuras que tales ventajas pueden reportar.

BIBLIOGRAFIA

Nueva Ley Económica N° 13305, abril de 1959, Ed. Gutemberg Santiago 1959.

Previsión Social, Org. de la Superintendencia de Seguridad Social, Nos. 81, 82, 83, 84-85. 1952 a 1956.

Comentarios a la Ley 4054, por Fernando Errázuriz, Santiago 1939.

Leyes y Reglamentos de la Caja de Seguro Obligatorio, Santiago 1938.

Informaciones Sociales, N° 3, 1952, CNSS. Perú.

Radiografía Económica del SSS. SSS. Santiago 1958.

* * * *

INFORMACIONES SOCIALES

II

EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

El Servicio Nacional de Salud fue creado por la ley N° 10383, que entró en vigencia el 8 de agosto de 1952; (1) desde esa fecha este importante organismo ha venido realizando intensas labores de organización, integración, normalización y perfeccionamiento de sus actividades acordes con la doctrina y objetivos establecidos en la ley de su creación y en las numerosas disposiciones ampliatorias y reglamentarias posteriormente dictadas.

EL SNS como órgano único, técnico y autónomo, es el resultado de la fusión de los siguientes organismos:

- a) El Servicio Nacional de Salubridad (conforme a las disposiciones del Código Sanitario y normas posteriores);
- b) Juntas de Beneficencia y Asistencia Social de Chile;
- c) Departamento Médico de la ex-Caja de Seguro Obligatorio: asistencia médica y dental de los asegurados, cónyuges e hijos;
- d) Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (protección a la madre desde la concepción hasta la lactancia, niñez, pre-escolaridad, y adolescencia);
- e) Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industriales de la Dirección General de Trabajo (protección de la vida y salud de los empleados y obreros en trabajo);
- f) Instituto Bacteriológico de Chile y;
- g) Servicios Médicos y Sanitarios de las Municipalidades.

A tenor de las declaraciones de profesores universitarios y estudiosos de la materia, representa la culminación de una larga trayectoria de la evolución médica chilena, desde la creación de la Dirección General de Salubridad, hacia la integración general de todos los servicios.

FUNCIONES.—Conforme al estatuto de su creación el Servicio Nacional de Salud realiza las siguientes funciones:

- 1º Protección y fomento de la salud en la población total del país.
- 2º Reparación de la salud, con atención médica completa y gratuita. a todos los trabajadores y sus familiares, y a los grupos de bajo nivel económico, es decir de casi el 70% de la población;
- 3: Atención médica gratuita de los indigentes;
- 4º Atención médica de quienes sin ser indigentes recurren al Servicio, abonando los respectivos aranceles;
- 5º Pago a sus imponentes de subsidios por invalidez transitoria ocasionada por enfermedad;

(1) Véase el texto completo de esta ley en "Informaciones Sociales" N° 3 — 1952 — Págs. 48 a 78, publicación trimestral de la CNSS — Perú.

INFORMACIONES SOCIALES

6º Abono de subsidios de maternidad a las madres aseguradas, durante los periodos de reposo prenatal y puerperal;

7º Auxilio de lactancia a las madres que amamantan a sus hijos hasta los seis meses de nacidos; y

8º Subsidios de reposo preventivo para sus cotizantes.

DOCTRINA DEL SNS.—La actual política del Servicio está orientada por una sólida doctrina, derivada del serio estudio de los problemas, de las técnicas y de los procedimientos, de su influencia directa en la economía y en el bienestar del país, así como del análisis de los medios disponibles; podemos decir que son las pautas orientadoras de los programas y de las bases de los futuros resultados.

La doctrina del SNS está sintetizada en el hombre, en los individuos y en las enfermedades y sus causas gestoras: Primero, en el hombre, por ser centro de su acción eminentemente "social": pertenece a una familia, a una comunidad y vive en un ambiente físico, cultural y social que puede ser favorable o perjudicial para su salud; Segundo, en los individuos que contribuyen al bienestar común con su energía física e intelectual; cualquier molestia o perturbación de esta energía repercutirá en el desarrollo social y económico del medio y del país; consecuentemente la acción del SNS se orienta a favorecer el sano desarrollo del niño y del joven, así como el más correcto mantenimiento del adulto en la plenitud de su capacidad productiva; Tercero, en las enfermedades cuyas causas son igualmente múltiples y complejas, y que se originan de los elementos que integran el medio; y Cuarto como obligación directa del Servicio y corolario, reducir los riesgos de enfermar y de morir, contribuyendo a la promoción de la salud física, mental y social.

El **Programa** del Servicio está integrado por una organización básica en que se conjugan: el conocimiento de los problemas de la salud y los recursos locales.

—Las técnicas y los mejores procedimientos administrativos para resolverlos.

—Las características de la comunidad consideradas como un todo.

—La orientación de las acciones hacia la familia como unidad básica e indivisible.

Considerando los puntos señalados, pertenecientes a su programa, el SNS ha realizado desde su creación un sinnúmero de investigaciones, estudios y encuestas a nivel nacional, obteniendo un apreciable conjunto de datos con los cuales ha resultado más factible la vigencia de sus objetivos; algunos de esos datos, que nos ha sido posible obtener, se ofrecen en forma sucinta a lo largo de esta exposición.

Las condiciones de vivienda, el abastecimiento del agua potable, los sistemas de eliminación de excretas, la alimentación, el analfabetismo, la distribución de la renta nacional, conforme expresa el mismo Director General del Servicio en su reciente Memoria "dan origen a un bajo nivel de vida que significa un riesgo permanente para la salud y el bienestar general del país". Más adelante expresa que "el

INFORMACIONES SOCIALES

50% del total de las muertes producidas en el país, corresponde a la suma de los decesos causados por enfermedades del aparato respiratorio, de la primera infancia, del aparato digestivo y por los accidentes". Contra todas estas dolencias viene luchando intensamente el Servicio, utilizando además modernos recursos terapéuticos y quimioterápicos, con los que se está reduciendo el margen de mortalidad y ampliando los de curación y de prevención.

BASES ORIENTADORAS DE LA LABOR.—En atención a los antecedentes que acabamos de formular y también en relación con los recursos disponibles, conviene señalar ahora cómo orienta el SNS sus labores mediante una enunciación en forma concordada, de acuerdo con un orden de prioridades:

1º La reparación de la salud y la atención médica como técnica de acción, acorde con la morbilidad del medio, tipo de enfermedades, monto de las inversiones, etc.

2º La prevención y limitación de las enfermedades, procurando evitar sus consecuencias físicas, psicológicas, económicas y sociales.

3º La atención ambulatoria, en el consultorio externo y en el domicilio del paciente, como sistema fundamental, en atención a los factores enunciados.

4º La planificación de programas nacionales tendientes a disminuir los riesgos de enfermedad y muerte, en concordancia directa con sus causas y con las posibilidades de hacerles frente con todos los medios terapéuticos y preventivos disponibles.

5º La extensión de la atención médica a los centros rurales permanente o periódicamente, seleccionando a los enfermos que deban ser internados en los hospitales regionales, mejorando la calidad de servicios generales y especializados.

6º La distribución del personal y materiales a lo largo de todo el país, en relación con la naturaleza y cantidad de los estados mórbidos por atender.

7º La adaptación de los programas de construcciones hospitalarias a la política general de atención médica, dando preferencia a los consultorios externos.

8º La atención del desarrollo de la descentralización ejecutiva y concentración normativa.

9º Estimulo de las permanentes relaciones con la comunidad organizada, para la solución de los problemas de la salud en la integridad de los elementos y de los factores determinantes.

ORGANIZACION.—Previamente a la descripción esquemática del Servicio, debemos precisar que su labor, conforme se ha reseñado en líneas anteriores, está dirigida por los principios de autonomía técnica y administrativa; de centralización en el planeamiento de su política y de las normas de acción; de descentralización ejecutiva; y de estimular su participación activa en la solución de los problemas de la salud.

INFORMACIONES SOCIALES

La ley N° 10383 citada, así como el Reglamento Orgánico, aprobado por Decreto Supremo N° 856, de 21 de abril de 1953, publicado en el Diario Oficial de 8 de mayo, de 1953 definen estructural y orgánicamente al S.N.S. en la siguiente forma:

I.—Dirección General.— Integrada por un Director General; un Consejo Nacional; dos Subdirecciones (una General y otra Normativa), el Consejo Técnico y Departamentos.

La Subdirección General tiene a su cargo en forma exclusiva la inspección de las Zonas; la Subdirección Normativa correlaciona la labor de todos los Departamentos Técnicos.

A.—El Consejo Nacional de Salud— Presidido por el Ministro de Salud Pública y Previsión Social, y en su ausencia por el Director General de Salud, está integrado por el Director General del Servicio de Seguro Social, por dos profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; dos representantes del Colegio Médico de Chile; dos delegados de las instituciones patronales y dos de los obreros; y finalmente el Director de Previsión Social, sin derecho a voto.

B.—El Consejo Técnico.— Le corresponde emitir opinión sobre los presupuestos de cada Zona, sobre los Reglamentos internos de las funciones del S.N.S., sobre los programas de acción y demás asuntos que solicite el Director General.

Lo integran los dos Subdirectores, los Jefes de los Departamentos Técnicos y los Jefes de los Subdepartamentos o Secciones Técnicas, conforme determine el Director General del S.N.S.

C.—Los Departamentos actuales del S.N.S. son los siguientes:

- Higiene Ambiental.
- Epidemiología.
- Fomento de la Salud.
- Protección Materno Infantil.
- Atención Médica.
- Servicios Técnicos Generales
- Laboratorios.
- Jurídico.
- Finanzas y Presupuestos.
- Arquitectura.
- Central de Abastecimientos.
- Odontología — Químico Farmacéutico y
- Secretaría General.

II.—Zonas de Salud que conducen, dirigen y coordinan las tareas de salud en extensas áreas geográficas del país, no corre pidiendo en ningún caso a las demarcaciones administrativas existentes sino más bien a factores comunes de población, economía básica y medios de comunicación.

En Chile existen actualmente 18 Zonas de Salud con sus respectivas Oficinas y Asesorías.

III.—Centros de Salud que son las unidades ejecutiva y funcionales del SNS, cumplen acciones de protección, fomento y reparación

INFORMACIONES SOCIALES

de la salud, bajo una autoridad única, ajustando la política general de la Institución a las condiciones locales de su jurisdicción.

En forma específica las funciones que efectúan los Centros de Salud son las siguientes:

a) atender los problemas de salud de las familias, grupos de población y comunidades locales, poniendo en aplicación las disposiciones que fundamentan la política del Servicio en armonía con sus obligaciones y atribuciones legales;

b) investigar en el ámbito de su jurisdicción, las características de la población y del medio, los factores que determinan sus problemas de salud, la naturaleza y magnitud de éstos, los recursos disponibles para abordarlos y sus respectivos rendimientos;

c) jerarquizar la importancia de los problemas de salud y elaborar, desarrollar, evaluar y perfeccionar los correspondientes programas de salud; y

d) formular los presupuestos que permitan la realización de los programas.

RECURSOS.— Cuenta el Servicio actualmente con el conjunto de bienes inmuebles y muebles pertenecientes a todas las instituciones o servicios que por mandato legal le fueron incorporados.

a) **Materia es.**—Que en conjunto suman 675 establecimientos en todo el país, distribuidos en la siguiente forma:

9	Hospitales de 1ª. categoría
10	" " 2ª. "
16	" " 3ª. "
125	" " 4ª. a 6ª. "
22	" especiales
10	sanatorios
69	Consultorios
386	postas y estaciones médico-rurales.
5	asistencias públicas
21	asilos y hospicios.
1	Centro antivenéreo
1	Instituto Central de Sicotécnia.

El total de camas-hospital del país, a fines de 1957 era de 45,514 correspondiendo de esta cifra 32,976 al SNS y 12,538 a establecimientos particulares. La distribución de las camas hospitalarias a cargo del Servicio es el siguiente: 17,115 camas en hospitales generales, incluyendo obstetricia y pediatría; 10,424 camas en hospitales especiales; 5,437 camas en asilos y hospicios, que suman un total de 32,976 camas. Si comparamos el número de camas de todo el país (hospitales públicos y privados) con la población global se encuentra que Chile cuenta con 7 camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes y que las camas del Servicio corresponden a 5 por cada 1,000 habitantes.

Durante 1957, el total de cargo médicos, dentistas y farmacéuticos existentes fué de 6,173, servidos por 4,673 funcionarios; en cuanto a los cargos directivos, sólo 172, sobre un total de 3,890 puestos de esta

INFORMACIONES SOCIALES

naturaleza en el país, son servidos por médicos o sea en una proporción del 4.4%, muy inferior por cierto a la que se registra en otras instituciones similares del país y del extranjero; entre empleados y obreros el SNS cuenta en todo Chile, con 23,088 personas.

b) **Económicos.**— Por ministerio de la ley, el Servicio percibe los siguientes ingresos:

a) Aportes del Estado a las Instituciones que dieron origen al Servicio y sujetos a reajustes anuales por la desvalorización monetaria; y que representaron el 53,91% del presupuesto de 1957;

b) El 4.5% de los salarios sobre los cuales se hacen imposiciones, cuya entrega corre a cargo del Servicio de Seguro Social; que en 1957 alcanzó al 15.36%;

c) Cuota del Estado igual al 5.5% de los salarios imponibles; fue el 13.48%;

d) El producto de la explotación de fundos, predios y empresas del Servicio, calculado en 8.93%;

e) Ingresos por atención médica dispensada a personas no imponibles, que pueden pagar los servicios; ascendió a 3.51%;

f) Contribuciones, arbitrios, participaciones y subvenciones creadas por las leyes en favor de la Beneficencia Pública: aproximadamente 2.2%;

g) Otras entradas, legados, donaciones, herencias, etc.: 1.79%;

h) Aportes de la Caja de la Marina Mercante y de las Municipalidades: cerca del 0.44%;

i) Rentas de los bienes raíces y valores mobiliarios del SNS cerca del 0.37%; y

j) Sumas adicionales que anualmente se consignan en el Presupuesto de la Nación, sin representación por su insignificancia;

PRESTACIONES QUE CONCEDE EL S. N. S.—Toca ahora ocuparnos de los beneficios que por mandato de la ley debe proporcionar el Servicio; como ya se ha expresado en párrafos anteriores, se concentran en esta Institución funciones preventivas y curativas de gran magnitud que alcanzan a casi cuatro millones de personas en todo el país; por ello debió previamente afrontar el problema de la armonización de los objetivos de las Instituciones que le dieron origen, para coordinarlos con esfuerzo único dirigido a la solución firme y concreta de sus postulados.

“En el aspecto técnico, anota el Director General del SNS, el mantenimiento de la tendencia continua a la disminución de la mortalidad general y específica, con excepción del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares, refleja que a pesar de las dificultades inherentes a una organización nueva, la calidad de la atención médica ha mejorado. Con un volumen mucho mayor de personas por servir, sin un incremento proporcional de los recursos y bajo la desfavorable repercusión del proceso inflacionista en el nivel de vida de la población, el estado sanitario del país muestra un sostenido progreso”.

Examinemos brevemente las distintas prestaciones que el Servicio concede a los imponentes del Servicio de Seguro Social y a sus fami-

INFORMACIONES SOCIALES

liares, así como a los indigentes, y a todas las personas comprendidas en la esfera de su protección:

a) **Atención Médica General y Especializada.**— Que incluye el tratamiento médico propiamente dicho, y quirúrgico, en servicios de atención externa, a domicilio o en establecimientos cerrados, según los casos.

b) **Subsidios de Enfermedad,** equivalentes al promedio del salario sobre el que haya cotizado el afiliado en los últimos seis meses calendario; se abonan en periodos semanales vencidos y se exige para su otorgamiento: estar al día en el pago de las imposiciones habituales, tener un mínimo de 6 meses de afiliación y cuando menos 13 semanas cotizadas en los últimos seis meses del calendario, antecedentes que se comprueban con la libreta expedida por el Servicio de Seguro Social.

c) **Subsidios de Maternidad,** que es una suma en dinero abonable a la asegurada 6 semanas antes y 6 después del parto, dentro de las fechas que los servicios médicos indiquen y siempre que en dicho lapso no se ejerciten labores reenumeradas; los requisitos son similares a los mencionados para el otorgamiento del subsidio de enfermedad.

d) **Auxilio de Lactancia:** desde la 7a. semana después del parto y mientras amamante a su hijo, la madre asegurada tiene derecho a un auxilio de lactancia, equivalente al 25% del subsidio de enfermedad; siendo condición fundamental previa para el otorgamiento de este subsidio que el nacimiento haya sido inscrito oportunamente en el Registro Civil.

En caso de partos gemelares, el auxilio se abona conforme al número de hijos dados a luz. Este aporte se entrega mensualmente, con excepción del primer pago que se hace por 15 días y hasta que el niño cumpla 6 meses de edad, prorrogables a 9 meses en casos debidamente calificados y a petición del pediatra tratante.

Las acciones para cobrar los subsidios en dinero, prescriben en el término de 6 meses, contados a partir del momento en que se hicieron exigibles.

e) **Exámenes de Salud.**—Como se ha expuesto anteriormente, el Servicio Nacional de Salud tiene a su cargo la realización de los fines que señala la ley N° 6174, más conocida como Ley de Medicina Preventiva, en lo que respecta a todos los asegurados del Servicio de Seguro Social. El examen médico tiene por finalidad vigilar el estado de salud de los imponentes y adoptar las medidas necesarias para descubrir y tratar oportunamente las enfermedades, considerando entre éstas las que conducen a una invalidez prematura, como la tuberculosis, la sífilis y aquellas otras que en una adaptación del trabajo a la capacidad física del individuo permiten prolongar la vida activa, como son las afecciones cardiovasculares y las enfermedades profesionales; últimamente, se ha comprendido dentro del ámbito de la medicina preventiva el cáncer, y a los fines del examen de salud, el glaucoma.

Los derechos que concede la Ley de la Medicina Preventiva son los siguientes: a) tratamiento gratuito de las enfermedades anotadas; b)

INFORMACIONES SOCIALES

examen de salud; c) reposo preventivo total o parcial; d) subsidio de reposo; y e) derecho a conservar la propiedad del cargo.

El examen de salud consiste en diversas pruebas como son: examen clínico (peso, talla, pulso, inspección general, presión arterial, auscultación de tórax y pulmones); examen radiológico del tórax; reacción de Kahn o Wassermann; tonometría (sólo para sujetos mayores de 35 años).

Los imponentes del Servicio de Seguro Social así como los de las demás Cajas de Previsión, tiene derecho a que se les practique gratuitamente el examen de salud, en los siguientes casos:

- a) a solicitud del interesado, cada seis meses;
- b) en cualquier época, por síntomas que hagan sospechar la existencia de alguna de las enfermedades protegidas;
- c) por envío de los servicios de medicina curativa;
- d) en caso de contacto con enfermos o fallecidos; y
- e) por embarazo.

La realización de este examen obliga al afiliado a someterse al tratamiento que se le indique, concurrir a los servicios de tratamiento en las fechas señaladas y someterse a la vigilancia médica preventiva periódica.

En caso que el resultado del examen revele alguna de estas enfermedades, el imponente es sometido de inmediato al tratamiento; el **reposo preventivo** no viene a ser sino el derecho que la ley concede a los asegurados activos del SNS y de las demás Cajas, siempre que sufran de una o varias de las mencionadas dolencias o que por su deficiente estado de salud estén expuestos a contraerlas, y siempre que la suspensión total o parcial del trabajo sea parte del tratamiento racional y que se encuentren en condiciones de ser recuperados o de que se les prolongue la vida activa y la capacidad de producción.

Este derecho puede consistir en la reducción de la jornada ordinaria (reposo preventivo parcial) de trabajo a la mitad o bien en la suspensión total (reposo preventivo total), durante un lapso determinado, conservando su ocupación y teniendo derecho a gozar del subsidio-reposo; previamente a su vigencia el beneficio en mención debe ser autorizado por la Comisión de Medicina Preventiva.

El subsidio de reposo viene a ser la cantidad de dinero que el Servicio o la Caja a que pertenece el afiliado, le abona durante el tiempo que permanece en reposo preventivo parcial o total y equivale, según los casos, a la mitad o al total de la suma sobre la cual abona las respectivas cotizaciones.

La ley igualmente contempla la formación del Fondo de Medicina Preventiva en cada Caja o Servicio en la siguiente forma: 1º con una imposición patronal de 1 a 1.5%, según los casos, sobre los sueldos, comisiones y jornales; 2º con las sumas que cada Caja o Servicio destinará a este efecto y que no excedan del 2.5% de las entradas brutas o el 3.75% en su caso; y 3º con los sobrantes de cada año, que se acumularán al mismo fondo.

INFORMACIONES SOCIALES

PRIMEROS RESULTADOS DEL SNS.—Anotamos en primer término que la mortalidad por tuberculosis bajó en un 43%, pues de 109,4 defunciones por cada 100,000 habitantes en 1952, se registró en 1956, 631; las enfermedades del aparato respiratorio causaron 258,7 muertes por 100,000 habitantes en 1952 frente a 239,5 en 1956, es decir una disminución apreciable de 19,2.

En cuanto a las causas de muerte, registradas en 1956, ocuparon los cuatro primeros lugares las enfermedades respiratorias, las de la primera infancia, las cardiovasculares, y las digestivas; conforme expresa el Director General en su Memoria del labores, "la tuberculosis bajó del 6º lugar en los años 1952-1953 al 9º en 1956; las enfermedades infecciosas mantienen el último lugar entre las causas de muerte"...pág. 49.

En lo que respecta a la natalidad, las tasas de los años 1952-56, presentan un moderado aumento del 35.3 al 38.5, y refiriéndose en cifras absolutas, en 1952 nacieron 218,036 niños, frente a 252,093 en 1956.

El número de enfermos egresados de los Hospitales del SNS, desde 1952 anota un constante aumento, e inversamente su estancia se ha ido reduciendo anualmente, conforme se aprecia en el cuadro que sigue:

Años	Egresos de personas	Días de promedio
1952	560,879	19
1953	388,429	18,5
1954	417,684	17,7
1955	442,837	17
1956	477,812	16,1
1957	482,882 (*)	15,7

(*) cifra aproximada.

El cuadro precedente nos indica que entre los años 1952 a 1957, se ha producido un incremento del 30% en el número de egresos lo que es debido en parte al aprovechamiento más adecuado de las camas existentes y a la mejor distribución y administración de los establecimientos.

Por otro lado, puede advertirse la notable disminución del promedio de estadía de los enfermos, de 19 días en 1952 a 15,7 días en 1957, lo que representa algo más de 3 días de economía por paciente.

El número de consultas médicas en los consultorios externos ha aumentado de 4,617,763 en 1952 a 5,923,730 en 1956, o sea en un 28.3%. El cuadro que sigue reseña algunas de las principales atenciones otorgadas entre los años 1952 y 1956:

	1956	1955	1954	1953	1952
Consultas	5'923,730	5'783,785	5'492,142	5'320,308	4'617,763
Aten. Dentales	1'664,013	1'268,664	9'909,403	831,225	747,299
Radiodiagnósticos	967,423	900,078	995,656	889,952	866,635
Exámenes de Laborat.	2'702,982	2'428,826	2'841,105	2'452,463	2'450,000
Aten. Paramédicas	6'321,457	5'378,214	5'849,887	6'293,672	5'917,147

INFORMACIONES SOCIALES

Es de advertir que en los últimos tres años, cuya estadística se inserta (1954, 1955 y 1956), se viene realizando un empleo más racional de los axámenes radiológicos y de laboratorio; así por ejemplo desde 1955, se ha eliminado el examen sistemático e indiscriminado de la reacción de Kahn, que acusaba muy bajo rendimiento, como consecuencia de la acentuada disminución de la prevalencia de la sífilis en la población chilena.

En lo concerniente a su abono los subsidios de enfermedad y de reposo preventivo, que como sabemos, corre a cargo del Servicio, acusan la siguiente progresión:

Año	Días de descanso	Monto pagado en pesos
1956	6'602,072	1,932'295,806
1955	6'701,632	1,165'373,378
1954	6'787,899	776'225,343
1953	6'835,373	619'932,956

Conforme puede anotarse en el cuadro anterior, entre los años 1953 y 1956, es menor el número de días de descanso en relación con el monto de los subsidios abonados, situación que en parte es reveladora del impacto de la inflación sobre los subsidios. Expresa el Director General del Servicio que "el sistemático descenso de los días concedidos se atribuye a una incapacidad de menor duración, determinada por una mejor atención médica y por una más afinada discriminación en el otorgamiento de estos beneficios" (pág. 56.)

* * * *

En el presente trabajo hemos procurado ofrecer una visión general del actual régimen de seguridad social en Chile, con expresión de sus principales beneficios, problemas y posibilidades de expansión futura.

—oOo—

Razones para una reorganización del Seguro Social de la República Federal de Alemania

Por el Dr. HELMUTH KOHRER

El Seguro Social alemán actualmente tiene 76 años de existencia; esta Institución representa el seguro obligatorio más antiguo del mundo entero. Ha rendido enormes beneficios durante su existencia en el referido lapso, sirviendo de ejemplo a jóvenes regímenes de muchos países durante las últimas décadas. Por su misma edad y por la alta consideración que está disfrutando, es misión sumamente difícil su reorganización, para que pueda corresponder a las necesidades de nuestra época.

En realidad, es mucho más fácil hoy en día para un país que ha desarrollado sus instituciones de seguro social, organizar un moderno sistema. En Alemania, actualmente sólo la República Federal (pues el Oriente ha tomado otros caminos con su ideología marxista), es obligación y carga a la vez la gran tradición, en esta oportunidad que ha surgido el programa de una reforma.

DIFICULTADES DE LA REORGANIZACIÓN

Las dificultades surgidas son de carácter muy diferente. Hay que conocerlas para poder entender y juzgar las discusiones llevadas a cabo en muchas ocasiones, desde hace varios años:

1) El Seguro Social alemán se ha acreditado en la mejor forma durante toda su existencia; desde luego, por haber transcurrido la primera parte del siglo XX, sumamente intranquila por razones políticas y económicas, ha sufrido muchos cambios pequeños y otros amplios, sin que la ley básica de 1883 —incorporada en 1913 al Código de Seguro Social— se haya transformado constitucionalmente.

2) La ciencia de la política social en la misma forma, tiene sus raíces en una tradición que arranca de las últimas décadas del siglo pasado. Los orígenes ideales y materiales de los científicos social-políticos de aquella época y la del seguro social alemán son los mismos. Pero la aspiración de aquellos idealistas del tiempo de Bismarck, el creador del Seguro Social Alemán, es ignota hoy a la realidad; actualmente no existe en Alemania la gran miseria de la clase trabajadora poco instruida, cultural y socialmente descuidada. Las conquistas políticas-sociales de hace 80 años, fueron revolucionarias y ejemplares para todo el mundo, en razón de su modernismo y extensión: la "libertad de miseria" fue realizada por lo menos 50 años antes de que el Presidente Roosevelt hiciera su llamado. Hoy son de carácter natural, de seguridad y protección ante las vicisitudes de la vida.

INFORMACIONES SOCIALES

3) A los político-sociales demasiado conscientes con la tradición, afincados a un pensamiento de sistema ya envejecido e inexistente, es inmanente a ellos; hoy si se les presenta ese grupo de político-sociales, caen en un error adversativo. Ellos son quienes niegan la noble tradición y el acreditamiento del Seguro Social Alemán y miran el bien en todas las medidas futuras para la seguridad social, dentro de los sistemas de abastecimiento del Estado, llamado aún por Roosevelt, en Filadelfia en 1944, que se ha acreditado con gran popularidad sin carácter real de seguridad. En este caso, frecuentemente se comete el error de considerar sistemas modernos, como por ejemplo para Alemania, generados en países desde hace pocos años. Se olvida con ligereza que el antiguo sistema del seguro social alemán se ha desarrollado con un factor bastante importante en la vida y conciencia de todos los ciudadanos, cuya psicología y comportamiento sociológico no pueden ser transformados fácilmente, y de igual manera, las circunstancias sociales y económicas, no permiten la realización de comparaciones.

Las discusiones de larga duración por la reorganización de los seguros sociales alemanes, están accionadas por dos polos: modernismo a todo precio, y tradicionalismo, sin entender la situación modificada de nuestros actuales tiempos.

EL DESARROLLO DEL SEGURO SOCIAL ALEMÁN

En pocas palabras se puede describir el desarrollo del seguro social desde sus inicios en 1883. A comienzos de este siglo, su protección alcanzaba a 11 millones de asegurados, incluyendo familiares; se trataba de un quinto de la población, dentro de las circunstancias laborales, sociales, culturales y económicas de esa época, que no era capaz de conseguir por propia iniciativa e inteligencia, medios de defensa para las vicisitudes de la vida, y por lo que necesitaba de una protección, mediante el Seguro Social Obligatorio.

En 1930, pertenecían al Seguro Alemán, 31 millones de personas, o sea el 48% de la población; actualmente, son más de 40 millones los afiliados al régimen, que representan el 80% de la población total.

Hace 60 años que la misión del Seguro Social fue la de proteger una pequeña parte del pueblo contra la miseria social, mediante la protección en las enfermedades y las causas consiguientes de una paralización del trabajo. En aquella época, la Institución tenía por objeto prestar **ayuda económica** en los casos de enfermedad; el 45% de sus ingresos se destinaban al riesgo de enfermedad en los casos de incapacidad para el trabajo. Hoy, solamente se abona el 30%, mientras que los dos tercios de los ingresos se destinan a los gastos de hospitalización. Sobre todo, para familiares (cuya fuerza laboral no se toma en cuenta en caso de enfermedad) se obtuvieron al principio aportes muy bajos. Los costos anuales por medicamentos para familiares ascendieron a D. M. 0.03 en el año 1905; mientras que hoy se elevan a D.M. 8.00 m. o m.

Mientras la misión de dar protección ha permanecido fija, se ha producido un cambio básico en la situación de los asegurados. Hoy en

INFORMACIONES SOCIALES

día la protección sirve por mayoría a la población, que vive en buenas condiciones económicas y que está asegurada en forma múltiple contra las vicisitudes sociales de la vida, tales como el desempleo, la invalidez, etc. Lo que ha sufrido numerosos cambios, es el **centro de gravedad y la dirección** en que debe cumplirse la protección.

LA BUSQUEDA DE NUEVAS MEDIDAS

Es perceptible que el Seguro Social con motivo de tales cambios a su alrededor, y también por la situación social de los asegurados, tiene que encontrar nuevas medidas para su obra. Pequeñas circunstancias de la vida, como por ejemplo una corta o ligera enfermedad, hoy ya no amenazan a nadie seriamente, ni por su salud ni tampoco por razones económicas; en cambio, la enfermedad grave y larga, actualmente representa un alto riesgo, al que el Seguro Social no ha podido acercarse con su sistema vigente. El "nuevo estilo" en la política social, del que actualmente se habla mucho en Alemania, exige que se otorgue cierta protección a los hombres de trabajo en aquellos en que esté amenazada su seguridad económica, salud y física, no obstante las buenas circunstancias de la vida. La demanda primordial para una reorganización del seguro social, por lo tanto, es traspasar su esfera de tal manera que pueda ofrecer una detención a las necesidades reales. El grado y el significado de una necesidad, se mide por la situación promedio de un pueblo. Si grandes grupos de la clase trabajadora han alcanzado niveles de vida, que les permite consumir artículos de lujo (televisores, automóviles, viajes, etc.) ya no se puede hablar de necesidad, sino al entrar en vigor las fuerzas económicas del enfermo, en caso que no alcancen para poder cubrir y defenderse de tal necesidad. Durante los últimos años, el seguro social alemán en varias etapas, se ha visto ante la urgencia en formar súbita, de satisfacer los deseos multiplicados e incrementados de los asegurados. Aunque las cuotas, descontadas de los salarios porcentualmente, han registrado considerables elevaciones, en razón de los continuos aumentos de sueldos y salarios, la situación de muchas Cajas se ha desequilibrado, ya que las demandas de prestaciones han crecido notablemente. En esta situación, cabe anotar el hecho de que no obstante los grandes egresos (aproximadamente 6 mil millones de marcos anualmente), el efecto de la obra queda limitado, en razón del alejamiento de las necesidades reales, pues grandes sumas se destinan a pequñeces sin importancia. La marcha de los aumentos de contribución desde el fin de la segunda guerra mundial, ha llegado a su punto culminante. La posición que hoy alcanzan las contribuciones (8 a 11% de los salarios), no permite financiar exigencias más altas ni prestaciones adicionales, mediante aumentos de contribuciones. Hace años que se observa la reacción de los trabajadores hacia las contribuciones, como lo exige la Comunidad de Asegurados, y que ha sido exagerada mucho.

INFORMACIONES SOCIALES

LA PARTICIPACION DEL ENFERMO ASEGURADO EN LOS GASTOS

En razón de lo anteriormente expuesto, la reforma del Seguro Social no sólo es de orden técnico, sino también tienen que considerarse los aspectos sociológicos y psicológicos. Pero la misión técnica de la reforma, consiste en traspasar la gravitación de los beneficios por enfermedad grave y ligera, a los de enfermedad larga y grave. Se ha podido observar que el 80% de todos los casos de enfermedad causa un egreso de DM. 20.00 por caso, lo que no significa carga económica fuerte; el 58% de las dolencias concluyen entre uno y tres días; y por eso no se consideran como fuertes cargas. Tan sólo el 5% del total de casos ocasionan largas y/o complicadas enfermedades; sin embargo, este grupo depende de una limitación especial, de acuerdo con las leyes vigentes a la fecha, en la concesión de prestaciones, del que por razones político-sociales modernas, no puede ser responsabilizado. Por ejemplo, una cuota muy alta pagada al enfermo durante las 6 primeras semanas, se reduce considerablemente a partir de la séptima semana en que continúa la enfermedad, justamente en el momento en que surge el problema de la necesidad. Por otro lado, termina la obligación de las prestaciones de los seguros sociales (atención clínica) en el caso de largas enfermedades, pasadas las 26 semanas; igualmente en este aspecto se perjudica el caso grave de enfermedad. Mucho han abundado las discusiones sobre las propuestas formuladas, en el sentido de alcanzar un paso eficiente de prestaciones, **con ayuda de una participación de los asegurados al costo de su enfermedad.** Mediante este hecho, se debe lograr que los asegurados se limiten un poco en el uso del Seguro Social, tratándose de los numerosos "pequeños casos" de enfermedades, o en cambio, si verdaderamente se encuentran en la necesidad de recurrir al médico, por lo menos que participen en parte en los gastos que cause dicha enfermedad.

En razón del gran número de pequeños casos de enfermedad, que representan las 4/5 partes del total, una participación directa del asegurado al costo, causaría un doble ahorro: en descargo de las Cajas Sociales una parte de los gastos, e igualmente, una parte de los casos de enfermedad, siempre que ellos representen un abuso de las atenciones.

El recargo por participación en los gastos, debe ser limitado a las dolencias breves y ligeras, mientras que en el caso de las afecciones difíciles y largas, la protección debe ser mayor.

Vamos a referirnos ahora a uno de los puntos concernientes a este aspecto.

Se trata de un sistema que ya ha sido usado en el Seguro Social, llamado el derecho por ficha de enfermedad (receta); cada asegurado posee esta ficha, lo que le faculta tratamiento médico, medicamentos, etc. pero previo pago de una cierta suma por derechos, que anteriormente ascendieron a DM. 0.50; actualmente, se propone elevarlos a DM. 2.00. Sin embargo, la mayoría de los peritos está convencida de que el resultado de esta medida será tan mínimo, que quedará sin efecto e influencia sobre el traspaso del conjunto de egresos por casos ligeros de enfermedad a los difíciles. El autor de este artículo, ha propuesto que cada asegurado asuma sólo los primeros gastos al iniciarse una enfermedad, sin ayuda de la Caja Social.

INFORMACIONES SOCIALES

Hasta un gasto de DM. 16.00 (para sueldos bajos DM. 8.00) el asegurado deberá pagar de su propia cuenta el trimestre, antes de que el Seguro Social se encargue de los demás egresos. Esta propuesta actualmente se viene discutiendo, sin que hasta el momento se haya decidido en forma favorable sobre ella. Mediante este sistema, pequeños casos de enfermedad serían cancelados por el asegurado, en gran parte, sin tener que recurrir a la Caja Social. Aproximadamente un 70% de todos los casos de enfermedad no llevaría más a un rendimiento por parte de la Institución aseguradora. Asimismo, se podría reducir, según cálculos del autor, la cuota para el Seguro Social a 1/2% del sueldo, a fin de que no surjan mayores gastos para el asegurado.

Huelga decir que en caso de no enfermarse el cotizante, esta medida representaría un verdadero ahorro para él.

El camino seleccionado en el proyecto de ley del Ministerio Federal, destinado a establecer una participación de gastos, contempla la obligación del asegurado de pagar la suma de DM. 1.50 por consulta médica (que en caso de sueldos bajos asciende a DM.0.75); tratándose de medicamentos, el asegurado debe financiar un 20%. Desde luego, los médicos rechazan el sistema, y sobre todo la última propuesta tiene por objeto recaudar directamente del asegurado el monto total a que asciende la consulta, reembolsando el Seguro Social al trabajador, el importe de un 80 ó 90% de la factura. Eso representaría una novedad en el sistema alemán de seguros sociales, ya que el asegurado nunca ha sido cargado con gasto alguno, ni siquiera momentáneamente. En caso de una enfermedad grave, la entrega de la receta y la obligación de pagarla directamente al médico, resultaría para él una carga fortísima.

OTROS PUNTOS DE VISTA DE LA REORGANIZACION

Mientras que hasta ahora no se ha podido resolver la cuestión de la participación de gastos, entre los grupos interesados y organizaciones respectivas, se ha llegado ya a ciertas conclusiones en las demás propuestas de la reforma. En diciembre de 1958, el Ministerio Federal del Trabajo y Previsión Social dio a conocer un proyecto de ley tendiente a reorganizar el seguro obligatorio, el mismo que en los meses pasados ha sido discutido y fuertemente criticado. Fueron citados para emitir sus opiniones, las organizaciones de seguro social, médicos, empleadores y sindicatos. En el mes de julio de 1959, el proyecto de ley ha sido reestructurado por el Gabinete Federal, el que está muy interesado en presentarlo lo más pronto posible al Parlamento, para evitar que su discusión sea considerada después de las elecciones federales del "Bundestag".

Las experiencias de los últimos años han demostrado que los partidos no están en condiciones de reducir sus posibilidades de elección por una ley, quizá antipopular; está, sin embargo, que se encuentra en proceso de reforma en el sentido indicado, no puede renunciar a ciertas innovaciones, las que de igual modo serán antipopulares.

INFORMACIONES SOCIALES

A continuación se detallan cuáles son los puntos más importantes del proyecto de ley, conforme a la formulación del Ministro de Trabajo:

1º La estructura del seguro social

El proyecto remarca el principio social del Seguro; se conservará la estructura regional acreditada del régimen: Cajas Sociales Industriales y de Gremio, Cajas de Compensación, etc.

2º El Seguro Social Voluntario

Las personas que trabajan por cuenta propia no están sujetas al seguro. Pueden elegir si desean asegurarse en una institución de seguros privados o si desean ingresar voluntariamente, de acuerdo con ciertas condiciones, en el Seguro Social. En este caso, se les prohíbe tener más de dos empleados asegurados, quienes no deben contar con más de DM. 7,920 anuales; el recurrente igualmente no debe tener más de 40 años de edad. Todos los empleados que cesan en su condición de asegurados pueden seguir voluntariamente en el seguro obligatorio, a condición de que sus ingresos anuales no sobrepasen los DM. 15,000. Para evitar casos especiales, el régimen no se cancelará para quienes al sobrepasar el límite de ingresos fijado en la ley, cuentan con 40 años de edad, además de 10 de permanencia en el seguro.

3º Obligación de asegurarse.

La base de la reorganización es determinar, de acuerdo a diferentes puntos de vista, el círculo de personas aseguradas, obligando tan sólo a aquellas personas que estén trabajando en forma dependiente y que necesitan una protección contra el riesgo de enfermedad. Dentro de este grupo, se considera a los domésticos, en razón de su situación social y económica; de la misma manera se tratará a los obreros y empleados. Esto se distinguirá únicamente en el límite de la obligación de inscripción, donde debe funcionar el seguro para los grupos que cuenten con ingresos anuales de DM. 7,920, o sea un sueldo mensual de DM. 660., si en caso de enfermedad se tiene derecho al pago de una indemnización de trabajo por seis semanas. El límite de ganancias anuales de DM. 7,920 en el Seguro Obligatorio es muy elevado, porque desde la fijación en 1957, no se ha adoptado cambios importantes, que podrían haber justificado una elevación.

4º Enfermedades de larga duración.

La atención médica se otorgará por tiempo ilimitado, mientras permanezca en su calidad de miembro de una Caja Social. La asistencia hospitalaria hasta ahora conocida, siempre ha llevado problemas sociales en caso de largas enfermedades. Ha sido especial anhelo de la reorganización del Seguro, tratar de liquidar estas durezas. Además,

INFORMACIONES SOCIALES

se ha establecido una limitación transitoria de 78 semanas, con objeto de no recargar los gastos, en casos de cuidado, al conjunto de asegurados, pero no responde a su carácter de encargo eficiente, de acuerdo con sus objetivos. Para evitar discusiones sobre el caso de cuidado (asistencia), no se ha aprobado la regulación, sino que se ha seleccionado un límite temporal.

5º Cuidado preventivo de la salud.

Como un nuevo tipo de asistencia, el proyecto contempla la acción preventiva. En el programa "prevenir es mejor que curar" deben colaborar las medidas de reconocimiento oportuno de enfermedades (despistaje). El proyecto, en general, sólo fija el cuadro de beneficios y deja la responsabilidad a principios de derecho y normas estatutarias, para determinar y ampliar los detalles sobre el campo de rendimiento. Este hecho fue necesario, en razón de que sobre todas las posibilidades prácticas de la acción preventiva, existen experiencias limitadas y no se pueden calcular con exactitud y por anticipado, los egresos por tales beneficios.

El cumplimiento de este aspecto debe servir para investigaciones médicas de prevención, las mismas que deberán determinar, conforme plantea el proyecto, mediante encuestas por grupos de edad, para limitarse a enfermedades del corazón y del aparato circulatorio, puesto que son las de mayor frecuencia. Preinvestigaciones dentales tendrán por objeto el reconocimiento oportuno de la dentadura, en su estado inicial, para evitar mayores daños en los dientes.

Finalmente, se pone al alcance de las Cajas, la garantía de curaciones de prevención; no deben remplazar a las vacaciones que sirven para el recreo general. Lo que sí deben lograr es rechazar las dolencias que amenazan la salud, si según resultado médico el asegurado quedará incapacitado en poco tiempo. Para asegurar el éxito de estas medidas, solamente pueden ser autorizadas, si el asegurado se encuentra en un sanatorio, bajo control médico.

6º Atención Hospitalaria

El cuidado hospitalario deberá ser en el futuro, obligatorio para todos los asegurados.

7º Prestaciones por enfermedad y asignaciones.

La disminución de ingresos después de las primeras seis semanas de incapacidad para el trabajo, tiene como resultado la falta de ayuda económica, precisamente en el momento en que el asegurado la necesita con mayor urgencia. Por tanto, en casos futuros se debe pagar por la duración total a igual altura, la misma que estará graduada en relación con el número de familiares a cargo.

La forma de calcular las prestaciones, ha traído numerosos problemas. Sobre todo ha llegado a resultados insignificantes, el cálculo

INFORMACIONES SOCIALES

en relación con los días calendarios y según las asignaciones percibidas últimamente.

La regulación propuesta aleja todas esas circunstancias, por cuanto en el futuro se tomará como base para calcular el beneficio, el ingreso promedio percibido, ahora perdido por la incapacidad de trabajo. Para conocer la suma de ingresos, faltarán dos elementos: los montos percibidos durante el último mes calendario anterior a la incapacidad para el trabajo, y el tiempo de trabajo perdido.

La regulación actual, por la que se abona una asignación por enfermedad, a partir del primer día de incapacidad, cuando dura más de dos semanas, no ha sido efectiva, por cuanto no se realiza desde el primer día de inhabilitación, sino en el siguiente. También se ha liquidado la moratoria para el pago de la asignación por enfermedad, consagrándose así un trasmisión directa entre prestación y rendimiento por ingreso.

10° Derecho a médico de la Caja Social.

Parece lógico el sistema del honorario singular por una sola orden de derecho, válida para todos los asegurados. El proyecto lo ha previsto.

11° Derecho de autorización.

Nuevamente será reglamentada la autorización de actos médicos, con el fin de hacerla más rápida. Las facultades de planificación de la administración común, propia de los médicos y Cajas Sociales, quedarán en vigencia.

12° Participación de gastos

En el futuro, el asegurado deberá participar nuevamente en los gastos de tratamiento médico. De las formas propuestas, parece más aceptable la participación de gastos en las diferentes intervenciones del médico, si acaso no son muy elevadas; además, debe considerarse una graduación simple hacia las distintas circunstancias de los asegurados. Como limitación temporal, se ha previsto 6 semanas, ya que en caso de incapacidad para el trabajo, por un lado se pagará el sueldo correspondiente a dicho lapso, y de otro, el trabajador percibirá el 90% de su salario neto, en caso de enfermedad, como medio de nivelación de su salario, conforme lo ordena la ley, conjuntamente con la subvención del empleador, para mejorar su seguridad económica.

Mientras los asegurados con menores ingresos no estén en condiciones de abonar un pago suplementario, pueden ser liberados de esta obligación, siempre que lo soliciten.

Administrativamente, es realizable tal pago suplementario, sin mayor gasto especial. El asegurado tendría que presentar al médico una certificación de encontrarse en su calidad de miembro de una Caja, lo que reemplazaría a la ficha de enfermedad, y serviría también co-

INFORMACIONES SOCIALES

mo formulario de liquidación de los honorarios profesionales. Seguidamente, el facultativo entregaría al asegurado copia de la liquidación, en la que debe aparecer el importe que se le ha de pagar obligatoriamente. Si después de haber transcurrido seis semanas, el paciente requiere aún de tratamiento, se le extenderá una nueva certificación de su calidad de miembro, sin necesidad de efectuar pago suplementario alguno. El proyecto contempla también, otras posibilidades de resolución para la participación propia. Especialmente el proyecto es muy elástico, con el fin de dejar lugar a menciones más profundas.

Para aumentar la prudencia en el uso de medicamentos, se considera indispensable una participación en los gastos. Actualmente la participación no alcanza la suma de DM .0.50 por receta, por lo que el proyecto contempla una participación porcentual en los gastos, mediante una norma mínima y máxima (de DM. 1.00 en caso que el valor de la receta sea menor de DM. 5.00, y por cada marco alemán, cobrar DM. 0.10, con un máximo de DM. 3.00). Como en el pago suplementario para el tratamiento médico, además, la participación está graduada de acuerdo con puntos de vista sociales. En sus demás expresiones, el proyecto prevé la extensión de las prestaciones a la entrega de medicamentos, anteojos, vitaminas, dietas, así como subvenciones por medios auxiliares contra la desfiguración, dictadas por los estatutos de la Caja Social. Deberá contemplarse una participación de gastos de acuerdo con normas sociales para hacer entender a los recaudadores que traten en forma correspondiente los medios elevados.

Para aquellos asegurados que mientras se encuentren hospitalizados y perciban sus ingresos, el proyecto también contempla una participación en los gastos de internamiento, considerándose una suma mínima de DM. 1.00 por día.

13º Las contribuciones.

Es de suponer que mediante la participación directa de los asegurados en las prestaciones, permitirá a los seguros sociales señalar contribuciones igualmente reducidas.

14º Servicio médico confidencial.

En la reorganización del servicio médico confidencial deberá resolverse sobre las distintas propuestas relativas a la adopción de un sistema sobre diagnóstico de la posibilidad de trabajo y de tratamiento. El proyecto actual prevé ese pensamiento porque su realización necesitaría una sistematización costosa del servicio médico confidencial, y sobre todo restaría al médico un importante medio de la terapia, como es la hospitalización. Para hacer posible a las Cajas la determinación de las ideas básicas del derecho a los beneficios del seguro, en el caso de las dispensas de pagos en efectivo, hace falta hoy como ayer, el servicio médico familiar. También servirá un valioso consejo a las Cajas, a los médicos y aún a los mismos asegurados. Siguiendo esta

INFORMACIONES SOCIALES

tendencia, el proyecto ha previsto, por sistemáticas razones políticas, la constitución de un ente especial de derecho público, que tendrá a su cargo la organización del servicio médico confidencial, denominado "Servicio Médico de Consejos".

LAS PETICIONES MAS IMPORTANTES DE LA REORGANIZACION

Dentro de las distintas consultas efectuadas con anterioridad a la presentación del proyecto de ley, tiene especial significación el informe de la Sociedad de Ciencias de los Seguros Sociales. El Ministerio Federal del Trabajo ha seguido las propuestas hechas en dicha oportunidad; el informe en mención, es digno de considerarse, ya que en su planeamiento han participado todos los grupos interesados en la reorganización de los seguros sociales, como la comunidades de Cajas Sociales (Industriales, de Obreros, Provinciales, de Compensación, etc.) médicos, dentistas, seguros privados, empleadores y sindicatos.

Dicho informe condensa en forma especial sus aspectos que deberán resolverse en la reforma del seguro social, y que seguidamente se anotán:

1º **Cambio del peso específico** en las prestaciones de ligeras enfermedades, a las largas y complicadas. Para alcanzar este fin, se ha recomendado lograr una participación tal de gastos que le impida al asegurado usar indebidamente y de manera muy abstracta su seguro social, y que a la vez le conceda participación en los gastos, en todos aquellos casos que dentro de la actual situación económica, no presentan reales necesidades.

2º **Perfeccionamiento de las medidas** de control y mantenimiento de la salud, tratando de ejercitarlas antes de que se revelan las enfermedades. Se excita el derecho de los asegurados para recibir prestaciones médicas preventivas, regular y gratuitamente, con el fin de reconocer y tratar en su estudio inicial determinadas dolencias. Con esta medida será posible lograr que los asegurados lleven una vida más sana, además de protegerlos contra una prematura incapacidad para el trabajo.

DIMENSIONES Y ARTICULACION DEL SEGURO SOCIAL ALEMAN.

Sin duda serán de interés algunas indicaciones numéricas sobre el seguro social alemán. Actualmente existen en la República Federal 2,047 instituciones de seguros sociales; con un total de 25'882,000 asegurados a principios de 1959; si se considera que además los familiares están incorporados, el total de personas protegidas, asciende a 40 millones, sobre una población total de 53 millones en la República Federal. Debemos diferenciar dentro de estas cifras, a los asegurados obligatorios, voluntarios y pensionados. El cuadro que sigue da una imagen clara de los asegurados actuales de las distintas Cajas Sociales:

INFORMACIONES SOCIALES

Número de Cajas	Tipo de Cajas	ASEGURADOS		
		Obligatorios	Voluntarios (en milares)	Pensionados
399	Distritales	9,260	1,986	3,794
103	Provinciales	288	154	53
1,368	Industriales	2,770	222	457
153	Gremiales	765	70	31
1	de Mar	55	7	5
7	de Mineros	679	16	625
8	de Obreros	171	29	9
8	de Empleados	3,089	1,103	244

Para los expertos de seguridad social de los países americanos, sin duda surgirá la pregunta, en relación a esta lectura, de si resulta apropiada una articulación tan múltiple. También en las discusiones habidas en la República Federal se ha hecho esta pregunta en numerosas ocasiones, por lo que conviene una aclaración. La articulación en múltiples Cajas, en veces muy pequeñas, sólo puede entenderse por razones de tradición. Antes de implantarse los Seguros Sociales, muchas de ellas existían en Alemania, siendo luego adecuadas a los sistemas del seguro. Por esa misma razón la ley del año 1883, se decidió por la articulación. Por una parte nació la obligatoriedad del régimen para determinadas personas, y por otra, las Cajas Sociales fueron dirigidas a las nuevas funciones.

Si actualmente se estuviese en la necesidad de fundar un seguro social en Alemania, con toda seguridad se elegiría un sistema central y unitario. Así podría evitarse la gran cantidad de complicaciones que ha llevado consigo el sistema articulado.

Sin embargo, el sistema actual tiene sus ventajas, que en razón de su amplitud, según opinión de peritos, debe ser conservada su articulación. La unión de pequeñas y visibles comunidades, que marchan independientemente del Estado, mantiene viva la aspiración de los miembros, por la ayuda común. Una gran organización en manos del Estado, en cierta forma degradaría al individuo, convirtiéndolo en un anónimo, como se puede observar en el caso de las grandes Cajas Sociales. Estas fueron establecidas por la ley como "Cajas Primarias" para todos los asegurados que no permanecen en entes especiales. Cuando el riesgo de estas Cajas se hizo más elevado, la ley de 1883 señaló la obligación de garantía de las comunidades por tal régimen de seguro.

Teniendo una tradición de 75 años, los valores representativos son grandemente considerados en Alemania, para continuar en el futuro con la articulación tal como es concebida actualmente. Los demás tipos de instituciones, aparte de las que hemos mencionado, tienen carácter profesional: las provinciales sirven al agricultor; las gremiales al operario; las sociales industriales, a los trabajadores de fábricas; las marítimas para los marinos y personal auxiliar; las de minas para los mineros; y las de recompensa sirven a diferentes grupos de trabajadores

INFORMACIONES SOCIALES

(empleados y obreros), en cuyo caso, ésta, como lo indica su nombre, entra en competencia con las demás instituciones.

Los ingresos de los Seguros Sociales de la República Federal, en el año 1957, ascendieron a DM. 5,700'000,000 marcos; en cambio, los egresos fueron de DM. 5,750'000,000; los gastos promedio por miembro asegurado, fueron los siguientes:

	1957	1958 (°)
Honorarios Médicos	DM. 64.87	DM. 74.00
Medicamentos	26.80	28.00
Atención hospitalaria	39.74	44.00
Pagos en dinero	83,78	105.00
Gastos administrativos	14.50	16,00
Gastos totales.	DM. 267.10	DM. 305.00

(°) Datos calculados sobre la base de los resultados obtenidos en el primer semestre de 1958.

PALABRAS FINALES

Estas sumas tan elevadas y crecientes todavía en forma rápida, en el curso de los últimos años, hacen deducir que el desarrollo se observa con preocupaciones y que no se debe esperar mucho tiempo para llevar adelante una reforma. Los recursos del Seguro Social no están correctamente invertidos, por cuanto se les destina a partidas que no sufren necesidades reales. A los elevados gastos no se les enfrenta ningún efecto equiparado en el sentido de una finalidad de los seguros. La acreditada organización del Seguro, desde hace cierto tiempo, ha perdido vinculación con el reglamento social de nuestros tiempos, en el curso de su tendencia de desarrollo. Su enorme fuerza de rendimiento parece un reflector luminoso que, puesto en mala dirección, alumbró el círculo de personas que no necesitan ayuda, dejando en la oscuridad a otras que requieren la luz. Las Cajas Sociales no pueden defenderse de estas fallas mientras sus sistemas no sean reformados. Por tanto, es misión fundamental de la reforma, obtener con los mismos gastos, un mayor grado de efectividad para la salud popular y la desaparición de las necesidades causadas por las enfermedades.

—oOo—

Problemas de Organización y Control de las Prestaciones Farmacéuticas en la Seguridad Social

Por el Dr. Juan A. Philipps V.,
Director del Hospital Obrero de Lima

Con la colaboración de los señores: **Eduardo Borda**, Jefe del Departamento de Personal; **Américo Ormeño**, Jefe del Departamento de Laboratorio de Farmacia, y **Eliseo Pérez**, Jefe del Departamento de Farmacia.

(CONCLUSION)

7.—LA PARTICIPACION ECONOMICA DEL SEGURO EN LAS PRESTACIONES DE FARMACIA

Las prestaciones de farmacia en los últimos años han representado para el Seguro un considerable egreso económico por el valor cada vez más creciente de los medicamentos, que en algunos casos llegan a ser inaccesibles para las clases económicamente débiles. Es por eso que la participación del Seguro al proveer de medicamentos a sus afiliados, no sólo está inducida a una medida de seguridad destinada a hacer efectiva la recuperación del paciente, sino de mayor proyección social, pues es parte efectiva de una política de cooperación económica que de restarse, acentuaría la precaria condición en que se desenvuelven las clases obreras cuyos salarios sólo alcanzan a cubrir sus más elementales exigencias y las de sus familiares. Es en esencia contribuir a que en el menor tiempo posible se restituya el obrero al trabajo, factor de riqueza nacional, y que su economía doméstica no sufra menoscabo alguno por las contingencias que se derivan de los períodos largos de enfermedad. Estas razones se tuvieron en cuenta al promulgarse la ley que dio origen al Seguro Obrero Obligatorio en el Perú, y es así como las prestaciones de farmacia están comprendidas como derecho de sus afiliados, sin más participación económica que las cotizaciones regulares, actualmente calculadas para la extensión de los beneficios a este objeto.

De la Memoria de la Caja Nacional de Seguro Social, tomamos las cifras estadísticas correspondientes al año 1956, que ilustran objetivamente el aumento promedio anual del costo de los medicamentos que alcanzó, en dicho año, al 33.%, en tanto que el promedio anual de aumento del costo de vida sólo fue de 5.5% y el de salarios calculados en la misma forma promedial ascendió a 8.8%. Resulta inobjeta-

INFORMACIONES SOCIALES

ble el beneficio que el asegurado obtiene al recibir libre de toda contribución económica especial, las prestaciones farmacéuticas que le otorga el Seguro.

El movimiento de farmacia, en el Hospital Obrero de Lima, extractado de la misma Memoria, ha sido en cifras absolutas en el año 1956, de 1.673.141 fórmulas, y en el año 1950, de 728.960, lo que representa un promedio anual per cápita de cotizante completo de 10.62 fórmulas en 1956, y de 6.7 en el año 1950. En el mismo lapso, en cifras absolutas, se despacharon 1.057.159 inyectables, en tanto que en 1950 el despacho de inyectables alcanzó a 940.761, lo que da un promedio anual per cápita de cotizante completo de 6.71 inyectables en 1956 y de 7.83 en 1950.

Para mayor ilustración extractamos de la antedicha Memoria los cuadros estadísticos que se insertan en las páginas 39 y 40.

Con mucha razón la Organización Mundial de la Salud ha definido en términos concretos y destacados, este postulado: "La salud es desde ahora el grado máximo de bienestar físico, psíquico y social", para remarcar una vez más el concepto que esta verdad encierra tendríamos que repetir, lo que expresara en el reciente XI Congreso Peruano de Cirugía, que las instituciones valen por su equipo de profesionales y no por los hombres aislados, añadiendo que el factor social y psíquico tiene la misma dimensión que lo somático, que el médico tiene el deber de aquilatar en su justo valor, y no es inoportuno consignar aquí breves palabras de lo que René Sand dice de la Medicina Social: "Las circunstancias y las necesidades han transferido del individuo a la colectividad, y luego de éstos a las condiciones sociales, el centro de gravedad de la higiene. De la misma manera, el Estado ya no tiene por fin la grandeza del Soberano, o la de individualidades privilegiadas por el nacimiento o la fortuna, sino la de la Nación. Sin embargo, se comienza ya a darse cuenta que no es la prosperidad global o promedial del país lo que interesa sino más bien el bienestar generalizado a todas las clases de la Sociedad. Las relaciones entre el enfermo y médico eran antes puramente individuales, aún en los hospitales, fundaciones privadas de fines caritativas. Más tarde estas Instituciones, tomadas por la colectividad, devienen órganos de medicina pública. Pero la intervención terapéutica es ciega e imponente sin el conocimiento de las condiciones en las cuales vive el enfermo, y se ven surgir entonces dispensarios de Higiene Social, enfermeras visitadoras, oficinas de Servicio Social en los hospitales, que iluminen el diagnóstico médico gracias al diagnóstico social y fecundan el tratamiento médico, por el tratamiento social. El Hospital y el Dispensario, instruyen, reeducan y colocan los enfermos; su acción social se extiende a las familias, al barrio, a la ciudad. La beneficencia también, limitada primero a la caridad privada, se eleva luego al rango de administración pública. Más tarde, de paliativa se hace curativa y preventiva. Así el higienista, el médico, el filántropo, el institutor, el industrial, el juez, se van penetrando cada vez más de la realidad profunda de las cosas, aprendiendo a pesar en términos de "Valores Sociales" entre los cuales la salud ocupa el primer rango. Cuando el hombre de Estado encuentra las razones que retardan el progreso de la Nación, por razones físicas, es

MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS

	1956	1955	1954	1953	1952	1951	1950
En miles de soles oro							
Lima y Callao	15.409	11.455	8.362	6.429	6.344	5.370	3.577
Otras Zonas	6.918	5.663	4.625	3.535	3.070	2.634	1.357
Total del País	22.327	17.118	12.987	9.964	9.414	8.004	4.934

Promedios anuales per cápita de cotizante completo, en soles oro

Lima y Callao	97,84	74,74	58,33	46,75	48,90	43,54	29,79
Otras Zonas	51,27	43,57	87,33	30,35	29,98	28,23	17,35
Total del País	76,35	60,43	48,60	39,23	40,55	36,94	24,88

Promedios anuales en porcentajes de los salarios imposables

Lima y Callao	1,39	1,17	0,97 (0,72)	0,95	1,03	0,98	0,84
Otras Zonas	1,21	1,09	1,04 (0,40)	0,91	0,96	0,99	0,67
Total del País	1,33	1,15	0,99 (1,11)	0,94	1,01	0,98	0,79

* Con diez categorías de salarios. (Véase explicación inicial).

** Con trece categorías de salarios. (Véase explicación inicial).

INFORMACIONES SOCIALES

ANÁLISIS DEL AUMENTO EN EL COSTO DE LOS MEDICAMENTOS

Años	Fórmulas preparadas más inyectables despachados per cápita de cotizante completo. Total del país.	Costo per cápita de cotizante completo, en soles oro. Total del país.	Costo promedio por unidad en S/.	Aumento de año en año
1951	15,62	36,94	2,36	8,5 %
1952	15,86	40,55	2,56	0,8 %
1953	15,42	39,23	2,54	18,5 %
1954	16,17	48,60	3,01	17,9 %
1955	17,00	60,43	3,55	33,0 %
1956	16,16	76,36	4,73	

COMPARACION DEL AUMENTO EN EL COSTO DE LOS MEDICAMENTOS CON EL PROMEDIO DE LOS SALARIOS Y EL COSTO DE LA VIDA EN LIMA

Años	Aumentos anuales del Costo promedio de los medicamentos	Aumentos anuales de los salarios promedio. Total del país.	Aumentos anuales del Costo de la vida en Lima.
1951—1952	8,5 %	7,0 %	6,9 %
1952—1953	-0,8 %	4,0 %	9,1 %
1953—1954	18,5 %	* 4,4 %	5,4 %
1954—1955	17,9 %	** 7,7 %	4,7 %
1955—1956	33,0 %	8,8 %	5,5 %

* Este aumento ha sido calculado con el salario supuesto de 1954 que hubiera correspondido a la antigua escala de salarios (10 categorías).

** Este aumento ha sido calculado con el salario imponible real de 1951 correspondiente a la escala de salarios con 13 categorías.

INFORMACIONES SOCIALES

incapaz de mayor esfuerzo. Cuando el industrial quiere aumentar su rendimiento comprueba que el problema de la producción es en gran parte una cuestión de higiene. Cuando el médico busca las causas profundas de la enfermedad, descubre sus factores sociales: ignorancia, vivienda malsana, insuficiencia de salarios. Cuando el filántropo analiza la miseria, encuentra entre sus elementos, factores médicos: enfermedades, desnutrición, anomalías físicas y mentales y esta convergencia de la sociología, de la higiene, de la práctica médica y de la filantropía, ha creado la medicina social que es el estudio de los factores médicos en los problemas sociales o si se quiere, de los factores sociales en los problemas médicos”.

“Para la medicina social el hombre representa más que un individuo. Es un miembro de la colectividad. Su vida económica y profesional, su posición en la sociedad, son inseparables de su vida física. La expansión de la ciencia de la medicina social es retardada por la dificultad que se experimenta cuando se le quiere fijar fronteras, por la vacilación de los médicos en servirse de métodos sociológicos y por el retraso instintivo del Cuerpo Médico ante problemas que tocan de cerca la política y a la cuestión social. Estos obstáculos, sin embargo, están lejos de ser insuperables y es juiciosamente para quitarle a los problemas sociales la intervención de prejuicios y arbitrariedades políticas que es necesario estudiarlas científicamente; es porque los médicos no conocen los métodos sociológicos que es necesario enseñarles y es porque las fronteras de la medicina social son inciertas que es preciso buscar, delimitarla y organizarla”.

8 — EL USO DE ANTIBIÓTICOS

No es una novedad que en los Seguros Sociales hemos asistido en forma ostensible a la indiscriminación en el uso de los elementos terapéuticos que como los antibióticos, han constituido en los últimos años una atracción novedosa. Sería ingenuo culpar a los servicios de seguridad social de este vicio. Las instituciones que sirven fines públicos gastan muchas veces más de lo que en realidad deberían hacer. El dinero si no abunda, por lo menos es más disponible para satisfacer las inquietudes de orden científico y de allí que sea más propenso el empleo de medicamentos, cuyo costo no afecta la economía individual, y satisface en cambio las exigencias del momento o como hemos dicho el afán de encontrar en ciertos especímenes un poder curativo indiscriminado. Tal vez, habría que buscar las raíces más hondas en la raigambre misma de la educación médica moderna donde se ha dejado de lado con tremendo daño para la cultura y formación profesional, con mengua de la responsabilidad, la enseñanza coordinada y suficiente de las ciencias básicas por un lado, y lo que es más penoso se ha descuidado un tanto la enseñanza clínica en sus justas dimensiones.

La preparación médica de antaño daba mucho valor a los conocimientos de la farmacología, sobre todo enseñando los fundamentos básicos de la farmacología y farmacodinamia, porque nuestros maestros nos enseñaron, que el esfuerzo máximo que debemos conseguir

INFORMACIONES SOCIALES

es de ponernos en condiciones de fijar ante nuestra vista, la imagen clara y completa de las relaciones múltiples y complejas existentes entre las variadas actividades de las drogas y la fuerza morbosa contra la cual queremos usarlas.

Prácticamente hemos olvidado lo que es la piedra angular de la Materia Médica, el conocimiento básico de la acción terapéutica de una droga, su dosificación, su toxicidad, sus incompatibilidades, etc., todo esto nos es poco menos que desconocido, porque preferimos estampar en un recetario el nombre de un producto patentado, a elaborar una fórmula magistral.

Ha sido en los últimos años tal el abuso del empleo de antibióticos que la American Hospital Association, al referirse a la prevención y control de las Infecciones Estafilocócicas en los Hospitales, denuncia que los pacientes que adquieren tales infecciones (en los hospitales) son diseminadores potenciales de cadenas resistentes en la comunidad una vez dados de alta, sosteniendo que uno de los factores más importantes en la situación actual es el amplio uso de antibióticos que eliminan las cadenas susceptibles y dejan sin control las resistentes.

Está claramente establecido que a través del mundo, a pesar del gran éxito de los antibióticos, existe aún el problema importante de las infecciones, problema de especial significación para los Hospitales, particularmente por las cadenas productoras de coagulosa del estafilococo áureo hemolítico.

Siendo ésta la situación actual, conviene tanto a los profesionales médicos como a la sociedad misma, emplear los medios curativos que nos son puestos en las manos, con la parsimonia debida, sin los influjos de la propaganda, y sin el acicate de la vanidad, seguros de que no es mejor médico el que está colocado a la altura de la moda, sino el que reflexivamente sigue los postulados hipocráticos, ajeno de todo comentario, tratando solo de procurar el bien de la comunidad y el prestigio de la medicina.

En el orden económico el uso indiscriminado de los antibióticos, como lo es también el de los "tranquilizadores", o el de las vitaminas ha afectado sensiblemente a las instituciones de seguridad social, por habersele impuesto gastos desmesurados, fácilmente evitables, por el poder que el médico tiene no sólo como clínico, sino como educador de una sociedad que en el presente siglo soporta todos los embates del pujante progreso de la ciencia y de la técnica.

9 — LA PROPAGANDA DE LOS PRODUCTOS FARMACEUTICOS SU EFECTO SICOLÓGICO EN LOS ENFERMOS

La expansión comercial ha traído consigo la competencia y el aprovechamiento de todos los medios de difusión, puestos al servicio del hombre, para emplearlos en los fines de propaganda y crear con ellos los efectos sicológicos que han de determinar las preferencias.

Así hemos visto que la imprenta, la radio, la televisión, la cinematografía y aún la aviación, son frecuentemente utilizados para la propaganda, y lo que es más, la emulación propagandística no está ba-

INFORMACIONES SOCIALES

sada muchas veces en la calidad del artículo que se trata de introducir, sino en la originalidad y atracción que ésta ofrezca. A esa carrera, en la que se invierten millones de millones, asisten lamentablemente los Laboratorios de Productos Farmacéuticos. La apetencia del enfermo por medicaciones que le sean de utilidad favorece su desarrollo, porque ya lo hemos dicho, interviene el factor psíquico en la determinación de lo que es necesario, dándole mayor valor a lo mejor presentado. No se sospecha cuando se actúa de este modo que se va dando vida a un monstruo cuyos tentáculos lentamente van absorbiendo la precaria economía de las masas, originando la inseguridad social en que hoy viven muchos hombres. No se reflexiona que un medicamento no es válido por su envoltura, sino por su composición y por el efecto que de él se espera. Muchos similares en su fórmula química se expiden con distintos nombres, lo que aparte de crear confusión, favorece la amplitud de esa campaña de propaganda cuyo costo se carga al precio de venta del artículo.

Los Laboratorios de Productos Farmacéuticos gastan ingentes sumas, en la impresión de revistas de alta calidad científica, pero de suntuoso formato, obsequian una profusión de muestras médicas y utilizan para sus productos envases de lujo, aparte de muchas otras formas de propaganda que encarecen considerablemente el producto, haciéndolo inaccesible a las clases económicamente débiles. Si el primordial deber del Estado y de la sociedad es cuidar la salud de sus componentes, deberíamos todos contribuir a reducir el costo de los medicamentos evitando los gastos superfluos. No es la socialización de la medicina la que puede resolver los problemas de orden médico, ni los programas de seguridad social, los que van a dar solución al angustioso problema de la reparación de la salud. La solución está en el esfuerzo común, orientado a este fin. Si los medicamentos siguen soportando el peso de gastos innecesarios, que los convierten en artículos suntuarios, los Seguros tendrán que elevar sus cuotas. En una u en otra forma estamos obligados a evitar que los problemas surgidos por el quebranto de la salud, sean únicamente problemas de orden médico, y que no se tomen en cuenta los otros factores que determinan ese estado de inseguridad. "No hay mayor satisfacción ni mejor premio que la aceptación de nuevas responsabilidades, siempre y cuando puedan cumplirse con "éxito", y para lograr ese fin, debemos abrir los senderos que conduzcan a mantener el nivel de salud mínimo que pueda hacer la felicidad de la colectividad.

10 — LAS EXPERIENCIAS EN EL SEGURO OBRERO PERUANO

Quando en 1941 se puso en funcionamiento el Hospital Obrero de Lima, no teníamos datos comparativos para guiarnos en lo referente a las prestaciones farmacéuticas que debíamos proporcionar, ni tampoco el arquitecto que diseñó el Hospital contaba con informes apropiados que le permitieran desarrollar su proyecto siquiera con la mayor aproximación a las necesidades que habían de cumplirse. Sólo de un modo aproximado se calculó el espacio para la farmacia y sus servicios complementarios, lo que a la postre determinó modificaciones que no

INFORMACIONES SOCIALES

podían dar todo el resultado esperado. A pesar de ello las exigencias del momento nos obligó a poner en marcha los servicios de farmacia sujetándonos a las contingencias propias de las obligaciones por atender. Fue así que con el concurso de un personal mínimo y no entrenado tuvimos que iniciar nuestra labor, soportando el impacto de una numerosa concurrencia de pacientes y acondicionándonos a lo posible. Los requerimientos cada vez crecientes nos obligaron a tomar más personal y entrenarlo en el tiempo mínimo, e incluso montar nuestro propio Laboratorio para la producción en serie de muchos de los medicamentos de mayor consumo, sustituyendo en lo posible el uso de obleas por comprimidos o cápsulas y preparando las fórmulas estandarizadas. Pero el crecimiento del número de enfermos determinó mayores exigencias de aprovisionamiento a nuestro Laboratorio, por lo que hubo que equiparlo en forma que permitiera cumplir, en parte, los nuevos requerimientos, y es así que se crearon las secciones de comprimidos, inyectables, preparaciones salinas, y fórmulas magistrales.

Las experiencias recogidas en el Laboratorio de Productos Farmacéuticos del Hospital Obrero de Lima, dedicado a la elaboración en gran escala de dichos productos ha surgido como necesidad consecuencia de una exigencia de aprovisionamiento y como factor de economía. Si la Institución tuviera que aprovisionar a sus hospitales con la totalidad de productos farmacéuticos adquiridos en los laboratorios nacionales o extranjeros, su economía se vería grandemente afectada por mayores desembolsos debido a los más altos costos de producción de la industria particular. Un sólo ejemplo bastará para demostrarlo. En 1956, el Laboratorio de la Institución, remitió a los hospitales 72,524 frascos de sueros salinos a un costo de S/. 251,314.98. Estos mismos sueros adquiridos en plaza, bajo licitación y a los precios más bajos hubieran costado S/. 1'076,981.40, lo que significa una tangible economía de S/. 825,666.42.

Tomando la producción del año 1953, vemos que en inyectables produjo 1'811,327 unidades a un costo de S/. 957,216, el precio en plaza fue de S/. 2'321,295.85, la diferencia a favor fue de S/. 1'364,079.65. La Sección Comprimidos produjo el año 1957 10'502,600 comprimidos a un costo de S/. 496,929.38 y en plaza hubieran costado S/. 1'283,413.40 la economía fue de S/. 786,484.02.

Una buena parte de la producción del Laboratorio está dedicada a los productos que podríamos calificar de consumo de rutina. Nos referimos a los medios de contraste para radiografías, vendas enyesadas y parafinadas, soluciones salinas inyectables, soluciones anestésicas, soluciones de electrolitos expresadas en mEq/Lt. Tinturas, algunos comprimidos y grageas.

Es necesario hacer notar que los pronunciados desniveles entre los costos de nuestro Laboratorio y los de la industria particular, se deben en algunos casos, a la circunstancia de estar la C.N.S.S. liberada de derechos. Pero, éstos, afectan sólo en un 10% los costos.

El Laboratorio, aparte de su labor de producción tiene una función de control técnico, sobre su producción y las materias primas que adquiere para su elaboración. Asimismo, da su visto bueno en la adquisición de otras drogas, productos químicos y reactivos. En el cua-

INFORMACIONES SOCIALES

dro inserto en este trabajo se puede apreciar el movimiento del Laboratorio de Productos Farmacéuticos, desde el año 1953 hasta el año 1957.

El concurso de un químico farmacéutico, asesorado por otro más y varios técnicos se responsabilizaron de esta tarea, que a la postre no solamente proclamaría la eficiencia del servicio, sino que también contribuiría, como lo hemos visto, a una economía ostensible, lo que hizo imperativo pensar en nuevas ampliaciones. La farmacia propiamente fue dividida en dos secciones: una para la atención de hospitalizados y otra para enfermos ambulatorios, atendidos en el Policlínico. Además, se organizó una Subsección dedicada a la atención de los enfermos domiciliarios y rurales. Véase el cuadro en la página 46.

11 — LA ESTADISTICA COMO COMPLEMENTO VALIOSO PARA MANTENER LOS STOCKS DEL PETITORIO

La estadística tiene por objeto investigar, analizar, contar y medir, para luego comparar lo obtenido y buscar las soluciones adecuadas al fin que se propone. Por halagüeñas o dolorosas que sean las conclusiones a que se llegue, la estadística refleja siempre la verdad, con absoluta imparcialidad y con completa objetividad.

No siempre en los hospitales se da el valor necesario al aspecto informativo desde el punto de vista estadístico, ya que lo más frecuente es que se polarice toda divulgación en lo exclusivamente médico. Muy pocas veces al lado de las publicaciones de orden clínico o quirúrgico en que se enjuicia el trabajo de los equipos profesionales con la presentación de casos interesantes o de novedades terapéuticas, se designa un lugar para que el farmacéutico dé cuenta de su labor como factor coadyuvante del trabajo médico-asistencial. Y menos aún se da valor a la estadística administrativa, de indiscutible importancia dentro del complejo sistema de organización de un hospital moderno. El farmacéutico no ha tomado el verdadero sitio que le corresponde, porque no se le ha dado la oportunidad, o porque no se ha previsto que la solución de muchos problemas farmacológicos dependen de su experiencia y de su palabra autorizada. Quizá mucha culpa de estas omisiones la tiene el propio farmacéutico quién se enfrasca en la rutina y hace muy poco de su parte para salir a la luz del conocimiento y del consenso general, o puede que la responsabilidad sea imputable al cuerpo médico que desestima u olvida al farmacéutico y hace poco por conocer su función directiva y técnica, o tal vez sea responsabilidad de las propias autoridades del Hospital, que no han actualizado y situado dentro de su organización este punto básico para su buena marcha. En una o en otra forma se impone conocer muy de cerca el trabajo del farmacéutico y nada más efectivo para ese conocimiento que la divulgación en las revistas y boletines del Cuerpo Médico, aparte de artículos de gran interés, de toda cifra estadística que revele los porcentajes de utilización de productos terapéuticos que han de servir de guía al profesional para orientar su labor, y a la administración para la apreciación exacta y objetiva de los medicamentos, lo que ha de permitir mantener siempre los stocks del petitorio de acuerdo a las necesidades efectivas del Hospital. Actualmente, en la mayoría de los hospitales, los informes recopilados se guardan en

PRODUCCION DEL LABORATORIO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

		Producción	Precio Laboratorio	Precio Plaza	Economía
1953)	Inyectables	1,811,327	957,216.20	2,321,295.85	1,364,079.65
	Comprimidos	3,309,400	194,677.60	342,225.90	147,548.30
	Sueros Salinos	62,137	130,507.95	922,734.45	792,226.50
					<hr/> 2,303,854.45
1954)	Inyectables	1,791,393	878,947.64	2,324,727.53	1,445,779.89
	Comprimidos	8,956,400	650,017.87	1,052,133.02	402,115.15
	Sueros Salinos	65,763	118,472.31	976,580.55	858,108.24
					<hr/> 2,706,003.28
1955)	Inyectables	1,633,920	856,938.13	1,858,214.47	1'001,276.34
	Comprimidos	8,532,000	440,107.63	694,133.06	254,025.43
	Sueros Salinos	71,013	174,540.90	1'054.543.05	880.002.15
					<hr/> 2,135,303.92
1956)	Inyectables	1,482,162	930,758.18		
	Comprimidos	9,656,300	509,523.08		
	Sueros Salinos	72,524	251,314.98	1'076.981.40	825,666.42
					<hr/> 825,666.42
1957)	Inyectables	1,482,939	1'068,269.87	1,756,428.57	743,340.56
	Comprimidos	10,502,600	496,929.38	1'283,413.40	786,484.02
	Sueros Salinos	68,841	302,763.93	1,081,683.90	778,919.97
					<hr/> 2'308,744.55

INFORMACIONES SOCIALES

los partes diarios, semanales, o mensuales, y tienen escaso valor, están hechos más que nada para decir a los visitantes que la organización es buena, que se hacen todos los controles y que la estadística revela la marcha eficiente de los servicios, pero la realidad es que estos valiosos elementos se pierden irremisiblemente, y sólo al fin del ejercicio anual se tiene una apreciación exacta de lo gastado, y de los consumos de farmacia. Es entonces cuando nos lamentamos al observar, no sólo la curva de aumento, sino lo poco que hemos conocido y aprovechado estas experiencias que han debido reportar economía y oportunidad en la reposición de los consumos, evitándose compras urgentes que encarecen el valor de los productos.

El trabajo profesional no sólo debe estar consignado en la Historia Clínica, sino que es de rigor que sea profusamente divulgado en las respectivas revistas y boletines institucionales, y debe ser exigencia tácita que el servicio de farmacia dé informaciones de orden estadístico para que tanto el cuerpo médico, como los estudiosos en las diversas ramas de la seguridad social, o de administración de hospitales, estén en conocimiento de cuantos detalles útiles se consignen en los mismos. No sería demasiado insistir si mensual o bimensualmente la farmacia informe sobre el número de recetas despachadas, inyectables, específicos, los porcentajes per cápita, cifras comparativas con meses anteriores, etc. lo que indudablemente pondría a los médicos sobre aviso de la conducta terapéutica, que en el aspecto numérico, les ha tocado desarrollar.

Las publicaciones estadísticas pecan a veces por exceso y a veces por defecto, pues lo más difícil consiste en poseer suficiente discreción para dar a conocer resultados de positivo interés y abstenerse de publicar lo que constituye un alarde jactancioso para demostrar la meticulosidad de las elaboraciones. Esta discreción o equilibrio de la autoridad estadística, difícilmente puede lograrse si no se posee algo así como el ojo clínico o el sentido jurídico del abogado. Es un arte más que una teoría. De modo que no es posible detenerse a establecer normas en tal sentido. Pero siempre es útil aconsejar que cada hecho se presente en forma independiente y con tal claridad que los resultados y las tendencias puedan ser apreciadas sin esfuerzo por el lector más profano en estas materias. Expuestos los hechos en series cronológicas facilitan su comparación y permiten representar gráficamente las variaciones a través del tiempo.

La estadística aún es inaccesible para muchos. No hablemos del desprecio con que la tratan otros, cuando destruyen las concepciones de su fantasía. Contra este estado de cosas hay que reaccionar. Es preciso hacer una obra de divulgación poniendo los resultados de la estadística al alcance de todos. De modo principal, la estadística debe ganar confianza, pero debe ganarla a fuerza de honestidad en sus procedimientos y de sinceridad en sus conclusiones.

—oOo—

INFORMACIONES SOCIALES

CONCLUSIONES

- 1ª—En los países latinoamericanos los sistemas de seguridad social, hasta el presente, han alcanzado un alto standard de efectividad en sus propósitos y realizaciones.
- 2ª—Se puede hablar con propiedad de una era anterior a los seguros sociales, y de otra en que, afirmados en la realidad, sus conquistas han sido en este campo superiores a todos los esfuerzos realizados hasta entonces.
- 3ª—Las encuestas sobre al patrimonio asistencial, en muchos países, dio como resultado un déficit de los mismos, lo que determinó un programa de costosas inversiones en centros asistenciales propios, para asumir las obligaciones que por mandato de la Ley debían solventarse.
- 4ª—Es incuestionable que los hospitales propios proporcionan una asistencia de alto standard, y que los costos son proporcionales a la clase de asistencia que se presta; aparentemente elevados, si no se toma en cuenta la amplitud y efectividad de los mismos.
- 5ª—Para el otorgamiento de las prestaciones del riesgo de enfermedad es ineludible contar con el concurso del cuerpo médico el que debe tener la preparación básica y las orientaciones técnicas que corresponden a este tipo de actividades.
- 6ª—La educación médica en sus programas debe incorporar el estudio de las nuevas disciplinas, fruto del avance en el orden de la seguridad social, dando jerarquía al estudio de la medicina social.
- 7ª—En la marcha de los centros asistenciales, el Cuerpo Médico debe ser partícipe de la responsabilidad técnica, económica y administrativa, debido a que no solamente ejerce su profesión, sino que además tiene como función inherente el otorgamiento de subsidios, la evaluación de la incapacidad temporal o permanente, las prestaciones farmacéuticas, etc.
- 8ª—Si se garantiza al médico la libertad irrestricta de su profesión, obvio es reconocerle iguales libertades para elegir los medios adecuados a la más pronta recuperación de sus pacientes.
- 9ª—Sin embargo, la libertad de su ejercicio profesional debe sujetarse a los postulados del Cuerpo Médico y a las normas orgánicas de funcionamiento del Hospital, que consagran los deberes y derechos de todos sus integrantes.
- 10ª—Todo Hospital organizado debe tener constituido su Cuerpo Médico en un organismo representativo que se rige por un Estatuto libremente aprobado, tanto por sus integrantes como por la Dirección del Hospital.
- 11ª—Las prestaciones farmacéuticas deberán estar condicionadas a las normas generales del Hospital y a su propio reglamento, aprobado por el Cuerpo Médico y por la Administración del Hospital.
- 12ª—Para la redacción de los vademecums, como para la confección del reglamento de prestaciones farmacéuticas, deberán estar representados la Dirección del Hospital, los Jefes de los Departamentos Médicos y el Jefe del Departamento de Farmacia.
- 13ª—Será responsabilidad del Cuerpo Médico exigir de sus miembros

INFORMACIONES SOCIALES

- el fiel cumplimiento de las normas generales, y de los reglamentos internos.
- 14ª—Debe recomendarse al Cuerpo Médico que en la prescripción de medicamentos ponga especial cuidado en la primacía del aspecto técnico, sin descuidar el aspecto económico que le afecta, por la propaganda comercial incontrolada que de algunos productos se hace.
- 15ª—Deben tenerse presente y dar a conocer al Cuerpo Médico los resultados de las investigaciones estadísticas, en orden a los sistemas terapéuticos empleados y a su relación con la economía institucional.
- 16ª—Debe propenderse a la divulgación de estos conocimientos y a que debidamente apreciados sirvan para un reajuste periódico de sus causas.
- 17ª—Siendo el Hospital no solamente centro de asistencia y previsión, sino de docencia e investigación, fácil sería en lo concerniente a este último aspecto, se aprovechara de las discusiones en las reuniones clínicas periódicas del Cuerpo Médico, para insistir en el estudio de las Historias Clínicas y enjuiciar el aspecto terapéutico.

B I B L I O G R A F I A

- CARLOS MARTI BUFILL** : "Tratado Comparado de Seguridad Social". — Madrid, 1951
- HERNAN M. SOMERS y ANNE R. SOMERS** : "Características y Problemas actuales del Seguro Social". Monthly Labor Review. — Febrero de 1957.
- EDGARDO REBAGLIATI** : "La aplicación del Seguro Social en el Perú". 1942.
- ELEAZAR LOPEZ CONTRERAS** : "Bolívar".
- CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDAN** : "Los Médicos y la Seguridad Social". "Armonía y Conflictos". "Informaciones Sociales". — No. 1-1956; No. 1-1957 y No. 3-1957.
- LAMAS LOPEZ** : "El Seguro Obligatorio de Enfermedad y la Medicina Española". "Medicina y Seguridad del Trabajo". Enero de 1957.
- JOAQUIN AGUIRRE LOUSTAU** : "Esencia y Elementos de la Seguridad Social". Rev. Española de Seg. Soc. — No. 5. — Mayo de 1949.
- JUAN B. LASTRES** : "Historia de la Medicina". — Lima, 1951.
- HERMILIO VALDIZAN** : "Historia de la Medicina Popular". — Lima, 1922.
- MARGOT HUBSCHMANN EINHORN** : "Tesis para el Doctorado en Farmacia". — Venezuela, julio de 1954.
- JUAN A. PHILLIPS** : "El Cirujano y el Hospital". — I Congreso Peruano de Cirugía. 1947.

INFORMACIONES SOCIALES

JUAN A. PHILIPPS : "Los Servicios Quirúrgicos en un Hospital General".
XI Congreso Peruano de Cirugía. 1958.

CARMEN PIMENTEL : "Informe sobre Club de Madres Obreras de Vitarte".
— Lima, enero de 1958.

RENE SAND : "Organización Industrial", "Medicina Social" y "Educación
Cívica" en Inglaterra y Estados Unidos. — 1950.

F. W. EBANGH : "Postgraduate Medicine", E.V.A. — 19.6: 513-525. Junio
1956.

HANS MOLLER : (Profesor de Derecho del Trabajo en la Universidad de
Hamburgo). "Los Médicos y el Seguro de Enfermedad".

- "Constitución del Perú" — 1822.
- "Ley de Accidentes del Trabajo" (Perú) 1911.
- "Constitución del Perú" — 1919.
- "Leyes 8433 y 8509" — Perú.
- "The Journal" 23 de noviembre de 1957.
- "Estadística del Hospital Obrero de Lima" — 1948.
- "Estadística del Hospital Obrero de Lima" — 1956.
- "Memorias de la Caja Nacional de Seguro Social" (Lima) — 1956.
- "Petitorio" (Vademécum) del Hospital Obrero de Lima — 1956.
- "Las Prestaciones Sanitarias de la Seguridad Social en España. — II Con-
greso Ibero-Americano de Seguridad Social. — Madrid, 1954.
- "Boletín N° 1 de la Asociación Americana de Hospitales" — Mayo de 1956.
- "El Uso y Abuso de Drogas Sedantes e Hipnóticas".

—oOo—

Boletín Institucional

INCORPORACION DEL NUEVO PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

En sesión del Directorio de la Caja, su fecha 3 de setiembre último, fue incorporado el doctor Guillermo Garrido Lecca, como Presidente del mismo, en su calidad de Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, reemplazando, de esta forma, al anterior titular del cargo doctor Francisco Sánchez Moreno.

Los señores miembros del Consejo al exteriorizar su complacencia por este hecho, coincidieron unánimemente en manifestar que la versación del señor Ministro en los diversos aspectos de la seguridad social, garantizaban su eficaz gestión en favor de los intereses de la Caja y en la solución de los problemas pendientes.

El doctor Garrido Lecca ofreció brindar toda su cooperación a la obra institucional.

LIQUIDACION DEL EJERCICIO DE 1958

El Gerente de la Caja, doctor Carlos Lazarte, presentó al Directorio en la reunión anteriormente mencionada, el Balance y Liquidación del ejercicio correspondientes al período del rubro.

Del análisis de los indicados documentos, se desprenden las siguientes conclusiones, que por su indiscutible interés las hacemos conocer a nuestros lectores:

Seguro de enfermedad—maternidad.—

En el año 1958 los egresos totales de este riesgo ascendieron a S/. 226'411,052.51, frente a S/. 180'488,057.72 del año anterior. Es decir pues que de la comparación se desprende un mayor gasto en este período de S/. 45'922,994.79.

Conforme a los cálculos y estudios matemáticos efectuados, el costo real del riesgo se ha elevado al 9.5% de los salarios, es decir 0.56%, más que en 1957, situándose 3.2% más alto que la dotación actuarial del 6.3% que le fuera asignada en la última revisión financiera sancionada por la ley 11321 de 24 de marzo de 1950.

INFORMACIONES SOCIALES

Seguro de invalidez.—

El gasto ha sido S/. 28'637,112.77 en comparación con los S/. 24'013,311.30 de 1957, es decir que se ha producido un mayor egreso de S/. 4'623,801.47.

Seguro de vejez.—

Ascendieron los egresos en este riesgo a S/. 7'096,847.06, es decir, S/. 1'607,143.27, más que en el ejercicio anterior que fueron de S/. 5'489,703.79.

Seguro de muerte.—

Los gastos referidos a los capitales de defunción concedidos fueron de S/. 1'621,518.71 frente a S/. 1'541,867.51 en el año 1957, es decir un mayor gasto de S/. 79,651.20.

El total general de egresos por riesgos ha ascendido a S/. 263'766,-536.05. Si se compara con los de 1957, que fueron de S/. 189'658,974,76, se desprende que han sido mayores en el período en análisis en S/. 74'107,561.29.

Ingresos y gastos de administración.

En cuanto a los gastos de administración ellos han sido de S/. 21'887,563,13 frente a ingresos de S/. 18'214,459.85 provenientes, como es conocido, de los impuestos al tabaco, alcoholes, cancelaciones y otros diversos.

Frente a la situación expuesta que es probable ha de resultar agravada en 1959, fluye como corolario lógico la urgente necesidad de revisar las bases contributivas del régimen, deficitarias desde su inicio, para colocarlas a su nivel justo, evitando de esta forma que la Caja tenga que confrontar, en término cercano, la imposibilidad de cumplir su programa de mejoras en el aspecto asistencial que es de urgente realización.

FUNCIONAMIENTO DE LAS POSTAS MEDICAS EN CARTAVIO Y PARAMONGA

Desde el 15 de setiembre de 1959, corre íntegramente a cargo de nuestra institución, el control y el otorgamiento de las prestaciones asistenciales a los trabajadores asegurados de las haciendas Paramonga y Cartavio de propiedad de la Sociedad Agrícola Paramonga Ltda. y Cía. Agrícola Carabayllo, según contrato celebrado con la firma Grace y Cía. (Perú), Gerentes de dichas Negociaciones, y que ha sido aprobado por nuestro Directorio, en una de sus últimas reuniones.

Se establece en el Convenio aludido, que los propietarios en referencia proporcionarán el uso de locales con sus instalaciones de agua,

INFORMACIONES SOCIALES

desagüe y alumbrado para el funcionamiento de las indicadas postas, corriendo por cuenta del Seguro la adquisición de los equipos e instalaciones, el mantenimiento y conservación de los locales y la atención de dichos establecimientos que estarán bajo su directa responsabilidad, entre la que se incluye el nombramiento del personal médico y auxiliar al que deberá abonar sus remuneraciones.

Se dispone igualmente que las consultas médicas en ambas haciendas, serán atendidas por el Seguro en las postas citadas y las consultas médicas rurales en los lugares que sean necesarios, también por personal de la Institución.

En el caso de enfermos que requiriesen hospitalización o intervención quirúrgica, serán enviados por cuenta y responsabilidad de la Caja a sus hospitales de Huacho y Chocope, y sólo en los casos de emergencia, serán sometidos a tratamiento en los nosocomios de las haciendas mencionadas.

Para este último caso, las firmas propietarias destinarán en cada uno de sus hospitales una sala con 10 camas, por las que el Seguro abonará una suma de dinero, según tarifa reversible anualmente.

Será también de cargo de la Caja el proporcionar las medicinas necesarias para los enfermos ambulatorios de consultas rurales y hospitalizados, corriendo igualmente de su cuenta los elementos tópicos y equipo médico-quirúrgico, así como los servicios de transporte de los pacientes a sus hospitales de Huacho y Chocope u otros a los que fuera necesario trasladarlos. Así mismo le corresponde proveer la movilidad para los servicios rurales.

Por último, los equipos de laboratorio y Rayos X serán proporcionados por las haciendas y reembolsados también a tarifa por el Seguro, que a su vez continuará pagando la asignación establecida a los odontólogos que atiendan a sus asegurados en los Consultorios Dentales de dichas haciendas.

De esta forma pues queda asegurada una asistencia de óptima calidad por parte de la Caja, a los trabajadores de las haciendas Paramonga y Cartavio.

REAJUSTE DE TARIFAS POR ESTANCIAS EN EL HOSPITAL "LARCO HERRERA"

Por acuerdo celebrado recientemente entre la Beneficencia Pública de Lima y nuestra Institución, ha sido aumentado de S/. 50 a S/. 55, el monto de las estancias diarias causadas por nuestros asegurados en el Nosocomio del rubro, nivelando así la tarifa antedicha, con la que se abona al Hospital Sanatorio Bravo Chico N.º 1. La nueva tarifa ha entrado en vigencia a partir del 1.º de setiembre del año en curso.

PRESTAMOS HIPOTECARIOS OTORGADOS POR EL FONDO DE EMPLEADOS.

De acuerdo con el reglamento respectivo, el Comité de Inversión del Fondo de Empleados, ha aprobado en el presente trimestre, un total

INFORMACIONES SOCIALES

de 35 solicitudes para la adquisición de viviendas por los servidores de la Institución, cuyo monto asciende a S/. 3'687,026.63, así como 9 ampliaciones por la suma de S/. 549,870.49, lo que hace ascender el egreso total a S/. 4'236,897.12.

MOVIMIENTO DE ASEGURADOS

Según datos proporcionados por nuestro Departamento de Afiliados, durante el trimestre julio—agosto—setiembre han sido extendidas 1822 libretas duplicadas, habiéndose canjeado 315,550. Igualmente se otorgaron 181,791 carnets de identidad a otros tantos asegurados. En lo que se refiere a inscripciones, se han registrado como nuevos afiliados 36,139, habiendo reingresado 12,908. Asimismo, se ha operado en ese lapso, la rectificación de 11,231 libretas y el reemplazo de 1,029. Es de interés mencionar también, que del total de 364,597 asegurados activos registrados en ese período, corresponden a la zona de Lima 179,024, cifra ligeramente inferior al 50% de dicho monto.

—oOo—

Información Nacional

SEGUNDO CURSO DE CAPACITACION DE FUNCIONARIOS PUBLICOS.

En la primera quincena del mes de agosto último se ha iniciado el Segundo Curso de Capacitación de Funcionarios Públicos, organizado por el Instituto Peruano de Administración Pública. Con este motivo se ha procedido a la selección de los funcionarios alumnos entre los candidatos propuestos por las diferentes Reparticiones Públicas, como Ministerios, Municipalidades, Compañías Fiscalizadas y Entidades Fiscales.

Las materias que se están dictando y que corren a cargo de profesionales especialistas, son las siguientes: Jefatura Administrativa; Administración de Personal; Organización y Métodos; Relaciones Públicas; Administración Presupuestaria; Introducción a la Administración Pública; Administración de Documentos y Archivos; Principios de Derecho Administrativo; Ética Administrativa.

III CONVENCION MEDICA NACIONAL

El día 29 de junio último, tuvo lugar en el Paraninfo de la Facultad de Medicina de Lima, la instalación de la III Convención Médica Nacional, promovida por la Federación Médica Peruana, con asistencia del Decano de esa Facultad, del Presidente y delegados de la FMP, así como representantes de las Asociaciones Médicas de Lima y de Provincias, profesionales y observadores particulares, con arreglo al temario establecido.

Las conclusiones más importantes de este certamen fueron las siguientes:

La conveniencia de dictar una ley que incorpore en un solo organismo a los Seguros Sociales del Obrero y del Empleado, y que cubra, además, los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; estableciéndose el principio de libre elección de médico por el paciente.

—La urgencia de dictar un plan integral de salud pública debidamente financiado, destinado a lograr la unificación y tecnificación de todos los organismos del Estado, encargados de la prevención, asistencia y seguridad social.

—Solicitar para cada médico un sueldo mínimo vital, acorde con el principio de que a igual trabajo y categoría funcional, igual remuneración básica.

—Que a todo médico al servicio del Estado e instituciones fiscalizadas, se le asegure un mínimo de 2 horas de trabajo.

INFORMACIONES SOCIALES

—Que los Hospitales de las Beneficencias Públicas sean administrados directamente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y que las direcciones de esos nosocomios se encomienden a médicos realmente competentes.

—Solicitar al Senado la aprobación del proyecto de ley que crea la carrera sanitaria en el Perú, recientemente aprobada por la Cámara de Diputados.

NUEVO SISTEMA PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS A AFILIADOS EN EL S. S. DEL EMPLEADO

Por comunicado inserto en los diarios de la capital, la Caja Nacional de Seguro Social del Empleado ha anunciado que, en virtud de un acuerdo adaptado con diversas farmacias y boticas de Lima, a partir del 15 de setiembre próximo, entrará en vigencia un nuevo sistema para el suministro de medicamentos para los asegurados, que reciban asistencia ambulatoria o externa fuera del Hospital Central, esto es, que hubiesen optado por el Servicio Libre.

De acuerdo con este convenio, las farmacias y boticas atenderán en forma directa las recetas de los asegurados empleados, entregándoles las medicinas indicadas a la simple presentación de la prescripción profesional, del carnet de identidad del asegurado y de la libreta de goce, que acredite el derecho del peticionario. En caso que éste no pudiera solicitarla directamente, podrán hacerlo en su nombre tercera persona, quien además de los documentos enumerados, deberá presentar su libreta electoral o su carnet de afiliado al Seguro Social del Empleado.

Las libretas de goce creadas con este motivo, se otorgarán directamente a los asegurados por la Caja, previa certificación del empleador, llenando los formularios confeccionados para este fin, que se obtienen gratuitamente en las oficinas del Seguro, ubicadas en el 8º piso del Ministerio de Trabajo y A. I.

Sólo en casos de urgencia debidamente comprobada, la Caja procederá a reembolsar el valor de los medicamentos adquiridos directamente por el asegurado, en botica o farmacia no afiliada, previa la presentación de los recibos correspondientes.

Cuando un asegurado solicite medicinas premunido de la receta médica correspondiente, firmará en la farmacia una factura por triplicado, quedando en posesión de una copia; la otra en poder de la farmacia y la tercera se remitirá a las oficinas del Seguro en el plazo máximo de 24 horas, el que, por intermedio de su Departamento de Control, podrá constatar si lo estima conveniente, la enfermedad del asegurado adquiriente de las medicinas.

Las guías o facturas de las farmacias consignarán el nombre y apellidos del peticionario, su dirección, número de inscripción, nombre y apellidos del médico tratante y la característica genérica de los medicamentos prescritos y su precio unitario.

A la fecha están inscritas cerca de 310 boticas y farmacias, las mismas que han acordado hacer un descuento del 15% en el valor de

INFORMACIONES SOCIALES

las medicinas expeditas. Con este nuevo sistema, el asegurado obtiene gratuita y directamente todos los medicamentos prescritos, sin movilizarse a otros lugares, y sin demora alguna. Por otro lado, las instituciones afiliadas serán canceladas periódicamente por la Caja, conforme al procedimiento de liquidación previamente acordado.

PRIMERA SEMANA SOCIAL DEL PERU

Se celebró en Lima, entre los días 1º y 9 de agosto último, el certamen del epígrafe que fue convocado por el Episcopado Nacional para estudiar y precisar la responsabilidad que corresponde a la actividad pública y privada lo mismo que a la Iglesia, en relación a los problemas esenciales del país, tanto en su estructura social, como en su régimen de trabajo y posición. El temario fue el siguiente:

—Asamblea de apertura, a cargo del Presidente de la Primera Semana Social Ingº Rómulo A. Ferrero.

—Introducción doctrinaria sobre “Nociones de Comunidad y Bien Común” por el P. Felipe Mac Gregor S. J.

Tema Nº 1: Las Clases sociales en el Perú: Ponente: Dr. José L. Bustamante y Rivero.

Tema Nº 2: Las Relaciones de Trabajo: Dr. Jorge del Busto Vargas.

Tema Nº. 3: La promoción cultural: Dr. César Arróspide De La Flor.

Tema Nº. 4: Orientaciones para la acción de las personas y de las corporaciones privadas, Ponente Dr. Luis Echeopar García.

Tema Nº 5: Orientaciones para la acción en la vida cívica: Ponente: Dr. Ernesto Alayza Grundy.

Tema Nº 6: Orientaciones para la acción de la Iglesia: Exposición de Mons. José A. Dammert Bellido.

Todos estos actos se realizaron en el Paraninfo del Colegio “Belén” de Lima, habiendo participado en las sesiones y deliberaciones numerosos delegados de instituciones y particulares, asistentes a cada una de las sesiones celebradas.

Las conclusiones de la Primera Semana Social, fueron preparadas por el Ingº. Rómulo A. Ferrero, sintetizando los distintos trabajos y ponencias presentadas, en relación con los puntos del temario. Principalmente, se remarcó que el propósito de la Semana Social es que al aplicarse las conclusiones adoptadas, pueda resolverse progresivamente y en gran parte, los múltiples problemas sociales que actualmente afectan a la población del Perú. Algunas de las conclusiones principales, ofrecemos seguidamente a nuestros lectores:

—La estructura social denuncia que los conflictos de los últimos años debe ponerse sobre aviso acerca de la intemperancia de las partes interesadas, en una controversia social que exacerba los ánimos, fricciona la susceptibilidad, lastima el amor propio y es fácil, entonces, que el resentimiento se convierta en rencor.

INFORMACIONES SOCIALES

—Es de urgente necesidad para la recta concepción y vida de la empresa, la auténtica formación social cristiana, basada en el respeto a la dignidad de la persona humana y de sus derechos y obligaciones.

—Mientras en una minoría las condiciones de seguridad, higiene, y moralidad son buenas y aceptables, en la mayoría esa situación, es clamorosamente mala y a veces infrahumana.

—Sobre el salario, se propicia el “salario familiar” propugnado por el pensamiento social de la Iglesia.

—El derecho de sindicalización de los trabajadores en el Perú no ha sido aún reconocido sin excepciones por todas las empresas.

El esfuerzo económico que realiza el Estado es considerable pero insuficiente, pues este esfuerzo es mal aplicado y en consecuencia, se esteriliza en gran parte a sí mismo.

—Corresponde a la educación gran responsabilidad en el proceso de formación cultural del país, la que ha de consistir en una auténtica elevación moral y espiritual del hombre peruano, que solamente podrá hacerse a partir de los postulados principios de la educación cristiana.

—Los salarios son actualmente insuficientes, pero la única fórmula de mejorarlos es incrementando la producción y corrigiendo las desigualdades que existen entre la participación del capital y del trabajo, en los resultados de la producción.

—No debe haber discriminaciones en salario por razones de sexo: hombres y mujeres deben ganar lo mismo por trabajos iguales.

—Debe alentarse la participación de los trabajadores en las empresas; podrán reconocérseles acciones en las mismas.

—Los sindicatos no cumplen a veces con las disposiciones legales y reglamentarias que norman su funcionamiento, lo que va en desmedro de su autoridad. Deben pues asumir su función de promotores humanos de los trabajadores.

—Debe intensificarse la difusión de los valores culturales por los medios técnicos modernos.

—Con especial interés debe darse a la promoción cultural de la masa indígena.

—Al llevarse a cabo la Reforma Agraria, debe adoptarse diversas medidas complementarias que permitan que la distribución de tierras, sea como la experiencia y la historia enseñan, y no se realice con un criterio de demagogia de más bien que favorable resulte inútil y dañina.

—La segunda parte de estas Conclusiones, incidió en las “orientaciones” para la acción de las personas, de las instituciones de carácter público y privado, de las comunidades y de la Iglesia misma. El amor al prójimo, la caridad, la justicia social, y la doctrina social de la Iglesia aparecen como fundamento en todas ellas.

AMPLIACION AL SUR DEL PERU DE LAS LABORES DEL DEPARTAMENTO DE HIGIENE INDUSTRIAL HOY DE SALUD OCUPACIONAL

Por Decreto Supremo N° 94, ‘DGS’ de 11 de setiembre último, se ha incorporado a las empresas mineras del sur del Perú, dentro del programa de Higiene Industrial, previsto por la Ley N° 10833, referen-

INFORMACIONES SOCIALES

te a la prevención y tratamiento de las enfermedades profesionales, actualmente a cargo del Instituto de Salud Ocupacional, hasta hace poco denominado de Higiene Industrial.

En esa virtud y a partir del 11 de setiembre del presente año todos los centros mineros ubicados en los departamentos de Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cuzco, Moquegua, Puno y Tacna, abonarán semanalmente una contribución de 1.8% sobre el monto de las planillas de salarios, cuya recaudación corre a cargo de la Caja de Depósitos y Consignaciones, en la cuenta especial abierta en sus registros.

Esta decisión se ha adoptado en virtud de la apertura por el Instituto de Salud Ocupacional, en la ciudad de Arequipa, de un centro funcional, que cuenta con todos los equipos y laboratorios adecuados para las investigaciones y demás pruebas que permita comprobar, curar y prevenir las enfermedades profesionales. Este Centro, es similar al que existe en la ciudad de Trujillo, en el norte del país, y ha de originar que el programa de salud ocupacional se aplique a todos los centros mineros del Perú, protegiendo directamente a los trabajadores obreros, eventualmente afectados de alguna de las enfermedades profesionales derivadas de la ocupación.

—oOo—

Información Extranjera

ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO

43a. Reunión de la Conferencia

Entre los días 3 y 25 de junio último, la Oficina Internacional del Trabajo, celebró en el Palacio de las Naciones de Ginebra, su 43ª reunión con asistencia de más de 900 delegados de 75 estados miembros; las Naciones Unidas, organismos especializados, organizaciones internacionales oficiales y no gubernamentales, acreditaron sus respectivos delegados y observadores.

En la orden del día figuraron 8 importantes puntos, como: la Memoria del Director General; los Servicios de Medicina del Trabajo; el Trabajo de los pescadores; la protección contra las radiaciones; la colaboración entre las autoridades públicas; las organizaciones de empleadores y trabajadores; siendo de discusión general el punto concerniente a los problemas de los trabajadores no manuales.

En esta reunión, la Conferencia adoptó cuatro instrumentos internacionales de trabajos: tres convenios y una recomendación; los convenios se refieren a las condiciones de trabajo de los pescadores, y la recomendación adoptada incide en la organización de los servicios de medicina del trabajo en los lugares de empleo; con estos nuevos acuerdos internacionales, el Código de Trabajo cuenta con 114 convenios y 112 recomendaciones.

Además de los documentos aprobados, la Conferencia adoptó en primera discusión un proyecto de convenio y recomendación sobre la protección de los trabajadores contra las radiaciones, y un proyecto de recomendación relativa a la colaboración entre las autoridades públicas y las organizaciones de empleadores y trabajadores en el ámbito industrial y nacional.

Ratificación de convenios

A continuación indicamos las fechas en que el Director General de la OIT ha recibido las comunicaciones de los gobiernos, referentes a la ratificación de los convenios internacionales de trabajo:

Costa Rica.—(4-5-59). Convenios sobre la abolición del trabajo forzoso (1957), descanso semanal en el comercio y oficinas (1957) y poblaciones indígenas y tribunales (1957).

INFORMACIONES SOCIALES

Australia (22-4-59). Convenio sobre las enfermedades profesionales (1925). (22-4-59). Convenio sobre las enfermedades profesionales (revisado, 1934).

Ceilán (18-5-59). Convenios sobre la edad mínima (trabajo marítimo) (1936) y trabajo nocturno de los menores (industria, 1948).

Ecuador. (28-5-59). Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva (1949).

Alemania Federal.—(22-6-59). Convenios sobre los trabajadores emigrantes (revisado 1949) y abolición del trabajo forzoso (1957).

Australia. (12-6-59). Convenio sobre la igualdad de trato (accidentes de trabajo, 1925).

Bulgaria (8-6-59). Convenios sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación (1948) y sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva (1949).

India. (15-6-59). Convenio sobre el servicio del empleo (1948).

Irak. (15-6-59). Convenios sobre la abolición del trabajo forzoso (1957) y la discriminación en el empleo y ocupaciones (1958).

México. (1-6-59). Convenios sobre la abolición del trabajo forzoso (1957); descanso semanal (comercio y oficinas, 1957) y poblaciones indígenas y tribuales (1957).

ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Reunión de los grupos preparatorios de las comisiones regionales americanas.

En el mes de abril último, ha tenido lugar en Washington, la reunión de tres grupos de trabajo, creados con la finalidad específica de elaborar los programas de las respectivas comisiones americanas establecidas. Conforme hemos reseñado en números anteriores de nuestra revista, el Consejo de la AISS en su sesión celebrada en Londres (mayo de 1958), decidió crear tres comisiones regionales, cuando y donde se requiriesen.

Posteriormente, la Mesa Directiva en su sesión de Praga (octubre de 1958), resolvió crear en el continente americano las siguientes comisiones regionales: a) Comisión Médico-Social; b) de Actuarios y Estadígrafos; y c) de Organización y Métodos, en consulta directa con la Oficina Internacional del Trabajo, la Organización de Estados Americanos, la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social.

Previamente, la Secretaría General de la AISS consultó a estos altos organismos internacionales, antes de someter a la Mesa, el plan de establecimiento de las tres referidas comisiones regionales. Por último, con la colaboración de los organismos internacionales mundiales y regionales, se ha llegado a la constitución de grupos de trabajo, con la finalidad de elaborar el programa que deberán seguir en sus deliberaciones.

Actualmente, los miembros de los tres grupos de trabajo, son los siguientes: a) Comisión Médico Social: Dres. Garay (Chile), Asturias

INFORMACIONES SOCIALES

Valenzuela (Guatemala) y Simón (Paraguay); b) **Comisión de Organización y Métodos:** Sres. Huerta (México) Saona (Ecuador) y Moles (Argentina); y c) **Comisión de Actuarios y Estadígrafos en seguridad social:** Sres Pinto de Moura (Brasil), Robert Myers (Estados Unidos) y Alvaro Vindas (Costa Rica).

Los tres grupos de trabajo anteriormente enunciados, como hemos dicho al inicio de esta sección, han tenido su primera reunión en la ciudad de Washington, el 24 de abril pasado, bajo la presidencia del Sr. William L. Mitchell, Comisionado de Seguridad Social de la Unión Americana; después de los debates, se ha resuelto adoptar los siguientes puntos como agendas de trabajo:

I. Comisión Médico-Social.

1. Seguro de enfermedad (prestaciones en especie, en dinero, costo del seguro de enfermedad).

2. Riesgos profesionales: forma de protección facilitada por las instituciones públicas y privadas; prestaciones en especie; prestaciones en dinero; reeducación, evaluación de la incapacidad.

3. Prevención de los riesgos profesionales (legislación vigente, eficacia de la prevención de los riesgos profesionales (legislación vigente, eficacia de la prevención; participación de las instituciones de seguridad social en este campo).

4. Medicina Preventiva (participación de las instituciones de seguridad social en determinados aspectos relacionados con la salud; coordinación de las actividades).

5. Educación en materia médico-social (análisis de la situación existente).

6. Relaciones entre los asegurados, los médicos y las instituciones de seguridad social (aplicación de los principios incorporados en los 15 puntos adoptados por la XI Asamblea de la AISS).

La reunión confirió prioridad al punto referente al seguro de enfermedad, y coste de los servicios de asistencia médica y razones de su desequilibrio financiero.

II. Comisión de Organización y Métodos.

1. Experiencia y campo de aplicación del empleo de los métodos Técnicos modernos (mecanografía, electrónica, etc.) en el cálculo y contabilidad de las cotizaciones; registro de los periodos del seguro y de los salarios; de las prestaciones y el pago de éstas.

2. Costo de la gestión del seguro social (estudio preliminar).

3. Métodos para obtener y conservar informaciones sobre las personas que deben estar protegidas, al iniciarse un régimen de seguro social.

4. Métodos de matriculación e identificación de las personas protegidas.

5. Métodos de percepción de las cotizaciones del seguro social.

6. Métodos de pago de las prestaciones (enfermedad, desempleo, etc.)

INFORMACIONES SOCIALES

7. Métodos de registro de los periodos de seguro y de los salarios correspondientes a éstos, para la concesión de las prestaciones, particularmente en el riesgo de vejez-invalidez.

8. Las relaciones públicas en la seguridad social.

9. La formación de especialistas en la administración de la seguridad social.

10. Métodos de control en la seguridad social.

11. Métodos para reunir datos estadísticos por vía administrativa.

12. Experiencias sobre centralización y descentralización en la administración del seguro social.

La reunión decidió asignar mayor prioridad al punto "costos administrativos del seguro social".

III. Comisión de Actuarios y Estadígrafos.

1. Bases actuariales y estadísticas del seguro de enfermedad.

2. Cambios en los índices de mortalidad y repercusiones del régimen de seguridad social en el campo económico y social.

3. Métodos de financiamiento de la seguridad social.

4. Requisitos de la inversión de los fondos de la seguridad social.

5. Problemas que plantea la adopción de las prestaciones de la seguridad social a los factores de la evolución económica.

6. Aplicación a la seguridad social de los métodos estadísticos modernos.

Se ha asignado prioridad al punto: "Métodos de financiación de la seguridad social" en el conjunto de trabajo de la Comisión.

Ponentes.—Los tres grupos, respectivamente, han nominado los ponentes de cada una de las tres comisiones, recayendo las designaciones en los señores Simón, Paraguay (Comisión Médico-Social) Huerta, de México (Organización y Métodos) y Pinto de Moura, de Brasil, (Comisión de Actuarios y Estadígrafos).

Dos nuevos miembros de la AISS

Con fecha 31 de marzo pasado, el Instituto Noruego de Seguro Social (Rikstrygdeverket) y la Caja de Seguro de Enfermedad "Maccabi" de Israel, han sido incorporados oficialmente como miembros de la Asociación Internacional de la Seguridad Social.

El Instituto noruego actualmente administra el seguro de accidentes, contando con cerca de 600,000 afiliados y también el seguro de vejez de 1,100,000 personas de todo el país; la caja israelita, por intermedio de 75 secciones, administra el seguro de enfermedad de 30,000 personas aproximadamente, siendo uno de los institutos oficialmente reconocidos y encargado de la gestión del seguro de accidentes, dentro del régimen nacional controlado por el Estado.

INFORMACIONES SOCIALES

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIIª Asamblea Mundial

Entre el 12 y 29 de mayo último, y con asistencia de representantes de 82 de los 90 Estados Miembros, se celebró en Ginebra la XII asamblea del rubro, bajo la presidencia del Sr. J. H. Charles, de Gran Bretaña; participaron igualmente, las Naciones Unidas y otros importantes organismos especializados, con la intervención de sus observadores y delegados debidamente acreditados.

Entre las principales cuestiones discutidas y aprobadas, figuraron las siguientes: a) presupuesto ordinario para 1960 de US\$ 16'918,700, o sea un 10% mayor que en 1959; b) actividades proyectadas: como la continuación intensiva de los programas contra las principales enfermedades transmisibles como la lepra, la tuberculosis, etc; las campañas de erradicación de la malaria y viruela; la ampliación de los trabajos e investigaciones en el campo de las enfermedades causadas por virus, las relativas a nutrición y el mejoramiento de las estadísticas sanitarias; estandarización de drogas, preparación de personal; intercambio de información, etc.

c) En materia de investigaciones médicas, la Asamblea acordó que la Organización Mundial de la Salud amplíe sus actividades, a fin de llenar las lagunas existentes en la comunicación y coordinación de todos los investigadores del mundo.

d) En lo referente al agua, la Asamblea recomendó que los países concedan preferencia a la instalación de sistemas de abastecimiento de agua, movilizando los recursos disponibles en este sentido.

e) Pese a las campañas realizadas, se han producido epidemias de viruela en 56 países, por lo que la Asamblea recomendó que se lleven a cabo con toda intensidad y constancia, campañas de vacunación masivas, para librar al mundo para siempre de la viruela.

f) La Asamblea brindó especial atención al programa de erradicación de la malaria, habiendo recibido con satisfacción los informes de los progresos obtenidos; asimismo, invitó a los gobiernos, empresas, fundaciones y otras instituciones, a contribuir al Fondo Antimalárico especialmente establecido.

g) Entre otras cuestiones, la Asamblea acordó ampliar el Consejo Ejecutivo de la OMS a 24 miembros (siendo anteriormente 18), enmienda que debe ser ratificada por las dos terceras partes de los estados miembros para que entre en vigor.

FEDERACION MUNDIAL DE LA SALUD

Celebración en 1961 del Año Mundial de la Salud Mental

En nombre de sus 110 asociaciones nacionales distribuidas en 43 países, la Federación Mundial de la Salud, ha convocado para 1961, el Año Mundial de la Salud Mental, dando así un nuevo rumbo a sus actividades privativas y con el propósito de vincular a los numerosos in-

INFORMACIONES SOCIALES

investigadores que trabajan asiduamente en todo el mundo, dentro de un plano internacional. Para este fin, la Federación cuenta con la colaboración activa de numerosos organismos internacionales como la OMS, la UNICEF, etc. y otros entes científicos no gubernamentales.

Se espera que todas las asociaciones científicas nacionales e internacionales, dentro de los estudios a que se han consagrado, coloquen en un primer plano, dentro de su programa de trabajo para el año 1960, el aspecto sico-social de su ciencia, y por otro lado, colaboren con los programas de investigaciones formulados por las instituciones especialmente dedicadas a estas disciplinas.

Los principales puntos de la investigación, son los siguientes:

1º.—El desarrollo del niño en los diversos países: el deber de prevenir las necesidades del niño y del adolescente y perfeccionar los métodos de educación.

2º.—La epidemiología psiquiátrica, es decir, el estudio de la distribución de las enfermedades mentales, en relación con las condiciones de vida (este estudio se realizará con la colaboración de la OMS);

3º.—La enseñanza de la higiene mental y de la psicología clínica entre los médicos, auxiliares médicos y educadores.

4.—Estudio de las relaciones humanas en la industria y las consecuencias de la industrialización sobre la salud mental.

5º.—Estudio de los problemas de la salud mental, causados por las migraciones.

ORGANIZACION DE ESTADOS AMERICANOS

Resolución sobre las medidas de cooperación económica.

Entre el 28 de abril y 8 de mayo pasado, tuvo lugar en Buenos Aires, Argentina, una reunión de la Comisión Especial del Consejo de la Organización de Estados Americanos, con el objeto de estudiar la formulación de nuevas medidas de cooperación económica; en esa oportunidad, la Comisión Especial, ha aprobado la siguiente resolución que se inserta a continuación: "El Consejo de la OEA considerando:

Las recíprocas y permanentes relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar;

Que la experiencia demuestra que los programas de salud reducen más de un programa integrado de desarrollo; y que en cambio, ven limitados sus efectos dentro de un régimen de economía estática;

Que para la formulación de tales programas, es altamente útil la asistencia técnica de los organismos internacionales;

Que es de toda conveniencia, incluir las acciones de salud pública dentro de los medios de cooperación económica de los países americanos, que se realizan por intermedio de la OEA;

Que las actuales necesidades en salud pública de los países americanos, sólo podrán ser progresivamente resueltas con la ayuda de capitales que los Gobiernos no disponen; y

Que la Organización Panamericana de la Salud es el organismo especializado interamericano para la salud pública y que actúa por intermedio de la Oficina Sanitaria Panamericana.

INFORMACIONES SOCIALES

Resuelve:

1º Recomendar a los Gobiernos que al programar y negociar el financiamiento del desarrollo económico, incluyan a los programas de salud pública que son esenciales y complementarios de los económicos.

2º Recomendar a los Gobiernos la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana para la formulación de los programas arriba mencionados.

INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO

Próximo XI Congreso Panamericano del Niño

El Instituto del rubro ha programado para los días 22 a 29 de noviembre próximos, la celebración del XI Congreso Panamericano del Niño, en la ciudad de Bogotá, sobre la base central del tema referente al **Niño Abandonado en América**.

En el referido certamen habrá 6 secciones: salud, sicopedagogía, legislación, servicio social, estadística y cooperación interamericana, estudiándose en cada una de ellas, distintos aspectos del abandono infantil. De acuerdo con los planes trazados por el Instituto, cada país americano elevará un informe a nivel nacional, sobre la situación del abandono en su país, conforme al siguiente programa:

Aspectos sociales: Concepto y definición; causas del abandono; factores que las provocan; clasificación y formas; evolución del abandono en relación con las medidas adoptadas; panorama futuro del abandono en relación con las medidas adoptadas; panorama futuro del abandono; tratamiento y maneras de evitarlo.

Aspectos legales: Legislación actual sobre el niño y la familia; modificaciones que se consideran necesarias.

Aspectos relacionados con la salud: Las enfermedades en relación con el abandono; medicina social.

Aspectos educativos.—Relación de la instrucción pública y de la educación, con el abandono.

Aspecto estadístico: Informaciones estadísticas disponibles como medio de evaluación del problema.

Cooperación Interamericana: Ideas dominantes sobre el tema.

ESPAÑA

Integración del Instituto de Medicina y Seguridad del Trabajo en el Instituto Nacional de Previsión.

Por Decreto N° 242/1959, de 19 de febrero último, se ha dispues- to que el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, con todos los órganos que comprende, se integrará técnica y administrati- vamente entre los de carácter sanitario y social del Instituto Nacional de Previsión, para el desarrollo de las tareas de medicina social enco- mendadas al INP y al de Medicina del Trabajo, así como las que en el futuro puedan asignarse de análogo carácter.

INFORMACIONES SOCIALES

El Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, el Consejo Superior de Estudios, Investigaciones y Asesoramiento en las materias a que se refiere su denominación, gozarán de especial autonomía en la realización de los siguientes cometidos:

A.—Investigación.—a) Estudio de los problemas que le sean formulados por el Ministerio de Trabajo y el Instituto Nacional de Previsión; b) métodos de prevención de las enfermedades profesionales; c) etiopatogenia de las enfermedades adquiridas como consecuencia del trabajo realizado; d) génesis y prevención de los accidentes del trabajo; e) terapéutica de las enfermedades profesionales; f) métodos de tratamiento y de readaptación de accidentados; g) adaptación al trabajo de enfermos crónicos e inválidos parciales; h) condiciones síquicas del trabajo en las diferentes industrias y especialidades; i) estudio de las diferentes tareas y métodos de trabajo desde el punto de vista biológico; j) métodos para aumentar el rendimiento individual y disminuir el ausentismo; k) problemas derivados del trabajo de mujeres y menores.

B. Asesoramiento.—En lo que respecta al Ministerio de Trabajo: 1º Elaboración de normas técnicas para las reglamentaciones de higiene y seguridad en el trabajo; 2º Estudios en informes sobre las modalidades legislativas de otro orden en las mismas materias; 3º Control de los establecimientos, mecanismos y medios preventivos (sólo por delegación del Ministerio de Trabajo); 4º estudios e informes sobre toxicidad y peligrosidad o peñosidad excepcional de tareas concretas, especificadas en las reglamentaciones de trabajo; 5º estudios y propuestas de reglamentos en orden a los seguros de enfermedades profesionales; 6º estudios o dictámenes sobre las gestiones que le someta el Ministerio de Trabajo.

Respecto a la Magistratura de Trabajo y Tribunales de Justicia, brindará asesoramiento, mediante la emisión de informes, dictámenes y peritaciones.

En cuanto a otras entidades oficiales, empresas, compañías aseguradoras, etc. el Instituto puede realizar a solicitud de ellas: a) estudios toxicológicos de materias primas, productos sustitutorios, etc. b) investigaciones sobre valoración y forma de evitar los riesgos profesionales; c) informes sobre la capacidad laboral de lesionados y normas de recuperación aconsejables; d) informes sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades profesionales.

La estructura orgánica del Instituto será la que sigue: un Director; una Secretaría Técnica; una Junta de Jefes; un Departamento de Seguridad Industrial; un Departamento de Medicina del Trabajo y Servicios Generales. El Departamento de Seguridad Industrial se integrará con los servicios de Prevención de Accidentes de Trabajo, de Higiene Industrial y de Ordenación Psicofisiológica del Trabajo.

El Departamento de Medicina del Trabajo, comprende las siguientes Secciones: Enfermedades profesionales; Fisiología del Trabajo; Traumatología Laboral; Rehabilitación y Adaptación al Trabajo; de Enfermos Crónicos e Inválidos parciales, y de Medicina Legal del Trabajo.

INFORMACIONES SOCIALES

Los Servicios Generales están constituidos por aquellos que no tienen carácter diferenciado, en lo que se refiere a la Medicina y Seguridad del Trabajo, comprendiendo los de Asistentes Generales, Administración, Biblioteca y Archivo, Estadística, Divulgación y Central de Laboratorios Industriales, Biológicos y Clínicos.

Nueva Ley sobre las Universidades laborales

Con fecha 11 de mayo último, se ha promulgado la ley N° 40/1959, referente a las Universidades Laborales, y cuya síntesis ofrecemos a continuación:

Definición.—Las Universidades Laborales son instituciones docentes que tienen la misión de capacitar profesional y técnicamente a los trabajadores españoles y elevar su formación cultural y humana, para hacer posible su acceso a cualquier puesto social.

Acción Estatal.—Corresponde al Estado, por intermedio del Ministerio de Trabajo, la protección e impulso de las Universidades Laborales, y por intermedio de la Organización Sindical, los empresarios y trabajadores españoles participarán en el gobierno y administración de ellas, junto con las Mutualidades Laborales.

Planes y Programas.—El Ministerio de Educación Nacional desarrollará las facultades específicas, de acuerdo con la legislación vigente en materia de educación, en todo lo que tenga relación con la ordenación de los planes y la función docente de las Universidades Laborales.

Podrá encomendarse la ejecución de los planes docentes así como la disciplina y formación del alumnado, a Instituciones del Estado, del Movimiento o de la Iglesia, o a entidades particulares, bajo la superior inspección de los Ministerios de Trabajo y de Educación Nacional, en las materias de su respectiva competencia.

Rentas.—La aprobación de los presupuestos generales de funcionamiento de las Universidades Laborales, corresponderá al Gobierno español, a propuesta del Ministerio de Trabajo y previo informe del de Hacienda.

Concesiones.—Las Universidades Laborales tendrán personalidad jurídica y patrimonio propio, así como la consideración de instituciones públicas no estatales, junto con los demás beneficios reconocidos por las leyes a las fundaciones benéfico-docentes.

Contribuciones.—Para el desarrollo y sostenimiento de las Universidades Laborales, contribuirá el Estado (con las subvenciones que anualmente fijará en el presupuesto correspondiente al Ministerio de Trabajo); las Instituciones de Previsión Social (mediante becas, inversiones de fondos y reservas); las Cajas generales de ahorro popular, los trabajadores y las empresas; los intereses y rentas de su propio patrimonio; las subvenciones, herencias, legados o donaciones, etc...

INFORMACIONES SOCIALES

Reorganización de los Servicios Médicos de Empresa

En virtud de lo dispuesto por el Decreto N° 1036 de 10 de junio último, ha sido aprobada la reorganización integral de los Servicios Médicos de Empresa, conforme indicamos seguidamente.

Definición.—Los servicios de medicina laboral tienen como función conservar y mejorar la salud de los trabajadores en el ámbito de las actividades de la empresa, protegiéndolos contra los riesgos genéricos y específicos del trabajo y contra la patología común previsible.

Igualmente cumplen con orientar a las empresas en la distribución de su personal, en atención a sus condiciones psicofisiológicas para las tareas y puestos de trabajo, en garantía del bienestar de cuantos forman la respectiva comunidad de trabajo y de su rendimiento individual y colectivo.

Empresas Obligadas.—Están comprendidas en los alcances de esta nueva ordenación, todos aquellos centros de trabajo que cuenten con más de 1,000 trabajadores, debiendo organizar los servicios de medicina con el personal médico y auxiliar sanitario que reglamentariamente se determina, en consideración a las características y condiciones de su trabajo y de la organización del mismo.

Las empresas con plantales de trabajadores inferiores a mil, y que actualmente cuentan con estos servicios propios, continuarán manteniéndolos obligatoriamente.

El nuevo Decreto contempla el establecimiento de organizaciones con el carácter de comunes a varias empresas o entes laborales, conforme a las normas reglamentarias que posteriormente deberán dictarse.

Funciones.—Los Médicos de Empresa que integran los Servicios, cumplirán las siguientes funciones: a) Higiene del Trabajo; b) higiene de los trabajadores; c) prevención y diagnóstico de las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo; d) normas de divulgación de educación higiénico-preventiva de los trabajadores; e) procurar el aumento del rendimiento individual; f) clasificación adecuada del trabajo de mujeres, menores y disminuidos física y síquicamente; g) intervenciones diversas en los Jurados de Empresa, Comités de Higiene y Seguridad del Trabajo, como asesores; h) colaboración con el Instituto de Medicina y Seguridad del Trabajo; i) vinculaciones con los seguros sociales, organismos nacionales de trabajo, autoridades y organizaciones oficiales.

—oOo—

Legislación Social Peruana

*Salud Pública y
Asistencia Social*

COMPETENCIA TECNICA DEL PERSONAL DE LOS BOTIQUINES POPULARES

R. S. N° 65, 17-6-59.
"El Peruano", 1º-7-59.

Complementa la R. S. de 16 de octubre de 1945, señalando los requisitos que deben reunir las personas que hagan las veces de auxiliares de botica, donde no existan éstos.

AUTORIZA SERVICIOS ASISTENCIALES EN EL ANTIGUO HOSPITAL DE TARMA

R. M. 26-6-59.
"El Peruano", 17-7-59.

Autoriza a la Beneficencia Pública de Tarma para que ponga en funcionamiento en el antiguo local del Hospital San Vicente de Paúl, un hogar para ancianos desamparados y un hogar transitorio para niños.

EXPEDICION GRATUITA DE CERTIFICADOS DE NACIMIENTO Y DEFUNCION

R. S. N° 132 STN. 22-7-59.
"El Peruano", 24-7-59.

La expedición de certificados de nacimiento, se efectuará gratuitamente por el médico sanitario o por la obstetriz del servicio sanitario oficial de la localidad respectiva, donde él produjo, y siempre que fuere solicitado por indigentes, a los fines de su inscripción en los libros del Registro Civil, dejándose constancia en su caso, si hubo o no asistencia profesional. Igual disposición se aplicará para la extensión de partidas de defunción.

EDAD DE PERSONAL TECNICO DE LOS CENTROS OPTICOS

D. S. N° 150, STN. 12-8-59.
"El Peruano", 13-8-59.

Decreta que el personal técnico de los centros ópticos, será necesariamente mayor de edad y que el certificado de competencia o de

INFORMACIONES SOCIALES

práctica, exigido por el Reglamento, deberá acreditar que se ha obtenido por experiencia iniciada a partir de su mayoría de edad, debiendo adjuntarse con firma legalizada ante notario público.

EXTENSION DE CERTIFICADOS DE SALUD

R. S. N° 151, STN. 12-8-59.

"El Peruano", 13-8-59.

Corresponde a los médicos sanitarios, en los lugares donde no existan médicos escolares, la expedición gratuita de certificados de salud, que requieran los estudiantes para el caso de ser eximidos de la práctica del curso de educación física.

CREA EL COMITE NACIONAL DE OBRAS SANITARIAS

D. S. N° 9, 8-8-59.

"El Peruano", 18-8-59.

Crea el Comité Nacional de Obras Sanitarias, constituido por un delegado de cada una de las siguientes reparticiones: Ministerios de Salud Pública y A. S., Fomento y O. P., F ndo Nacional de Desarrollo Económico, Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y Asociación Peruana de Ingeniería Sanitaria, con arreglo a los fines que se detallan.

CONTROL NACIONAL DE LA TUBERCULOSIS

D. S. 12-8-59.

"El Peruano", 19-8-59.

Declara que es de interés nacional el control de la tuberculosis en todo el territorio de la República, y que corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la formulación inmediata del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, en cooperación con los organismos sanitarios internacionales existentes.

MODIFICA ARTICULOS SOBRE PRECIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

D. S. 14-8-59.

"El Peruano", 21-8-59.

Dispone la modificación del artículo 34 del D. S. N° 45 de 25 de abril de 1958, referente al plazo para la fijación en Lima y Callao, de los precios de las especialidades farmacéuticas reclasificadas.

REGISTRO DE PRACTICANTES EN CENTROS OPTICOS

D. S. N° 165, STN. 31-8-59.

"El Peruano", 1°-9-59.

Dispone que el Ministerio de Salud Pública y A. S., extienda un registro gratuito de todas las personas que practican en los centros ópticos y que aspiran a obtener certificados de competencia, debiendo presentarse los datos que se soliciten oportunamente.



INFORMACIONES SOCIALES

NORMAS PARA LA EXHUMACION Y TRANSPORTE DE RESTOS HUMANOS

R. S. N° 164 STN., 31-8-59.

"El Peruano", 1°-9-59.

Autoriza al Ministerio de Salud Pública y A. S., la concesión de permisos para la traslación de restos humanos de un cementerio a otro en la misma localidad, conforme al D. S. de 23-6-1923 y al D. S. de 1°-12-1939, previo pago de los derechos de exhumación y transporte fijados en S/. 200.00. Esta suma se rebaja a S/. 100.00 cuando la traslación se efectúa después de dos años de ocurrido el deceso.

CUOTAS DE HIGIENE INDUSTRIAL EN EL SUR DEL PERU

D. S. 11-9-59.

"El Peruano" 18-9-59

Establece que las empresas mineras ubicadas en los departamentos de Arequipa, Apurímac, Ayacucho, Cusco, Moquegua, Puno y Tacna, a partir de la fecha de este Decreto, están obligadas a la contribución del 1.8% de las planillas establecidas por la ley 10833, para el sostenimiento del Instituto de Salud Ocupacional (antes Departamento de Higiene Industrial) y de su nueva oficina ubicada en la ciudad de Arequipa.

MODELO DE LOS INFORMES DE LAS AREAS DE SALUD

R. S. 18-9-59.

"El Peruano" 26-9-59

Aprueba el modelo de informe mensual, conformado por 14 puntos, que deben enviar periódicamente las Areas de Salud y las Unidades de Salud al Ministerio de Salud Pública y A. S.; este informe debe ser enviado cada mes, obligatoriamente, a la Dirección de Areas de Salud.

SOBRE COMPROMISO DE PARTIDAS PRESUPUESTALES FIJADAS.

D. S. 16-9-59

El Peruano, 29-9-59.

Decreta que a ningún Servicio o dependencia del Ministerio de Salud Pública y A. S. le será permitido comprometer las partidas respectivas, por mayores sumas que las fijadas en sus montos semanales, mensuales o anuales. Todos los Jefes de Servicio, Dependencias, Hospitales y demás entes, están obligados a realizar la más estricta economía en la adquisición, uso y consumo de los materiales que dispongan.

REPRESENTANTE DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA ANTE EL SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO

R. S. 23-9-59.

"El Peruano" 29-9-59.

Encomienda al Ministro de Salud Pública y A. S., la representación del Presidente de la República en el Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social del Empleado.

INFORMACIONES SOCIALES

*Trabajo y Asuntos
Indígenas*

**BONIFICACION A EMPLEADOS Y OBREROS DE EMPRESAS
PRIVADAS.**

D. S. 25-7-59

"El Peruano" 27-7-59

Concede, a partir del 1º de agosto próximo, a los empleados y obreros de las empresas particulares de todo el país, una bonificación de 5% sobre los ingresos básicos que pasen de los 1,000 soles mensuales, con un mínimo de 25 soles; y de 50 soles por mes en los sueldos y salarios comprendidos entre 1,000 y 1,450 soles mensuales; establece que no gozarán de esta bonificación las personas que perciban sueldos y salarios mayores de 1,500 soles oro.

**SOBRE LA CONCURRENCIA DE DELEGADOS A CONFERENCIAS
INTERNACIONALES DE TRABAJO.**

R. S. N° 17 'DS' 9-7-59

"El Peruano" 7-8-59

Señala las normas que deberán seguirse para la concurrencia de delegados de los trabajadores, empleadores y gubernamentales a las Conferencias Internacionales del Trabajo, en lo relativo a pasajes, viáticos y a la obligación de rendir informes escritos, según los casos que se prescriben.

NUEVA TARIFA DE LOS TRABAJADORES MARITIMOS

D. S. N° 39, 14-8-59

"El Peruano" 22-8-59

Dispone que la tarifa de remuneración de servicios de los trabajadores marítimos, se aumentará a partir de la fecha que señale la Comisión Controladora del Trabajo Marítimo, en un porcentaje equivalente a las sumas fijas que perciben por aplicación del artículo 10º de la ley 11208 y Decretos Supremos de 1|10|1950 y 29|5|58.

**CALCULO DE LAS CONTRIBUCIONES DE LOS EMPLEADORES
PARA LOS TRABAJADORES MARITIMOS**

D. S. N° 10, 28-8-59

"El Peruano" 18-9-59

Dispone que la contribución de los empleadores que utilizan los servicios de los obreros marítimos y portuarios, para el fondo de indemnizaciones, se hará mediante un tanto por ciento calculado sobre la base del monto total de la remuneración que se les abone. Este señalamiento correrá a cargo de la Comisión Controladora del Trabajo Marí-

INFORMACIONES SOCIALES

timo, que hará los estudios y cálculos actuariales consiguientes para su más correcta fijación.

LA PARTICIPACION DE UTILIDADES Y LA LEY N° 4916

R. S. 21 'D.S.' 21-9-59

"El Peruano" 29-9-59

Resuelve que la participación en las utilidades que pueda excluir al empleado de los beneficios de la ley 4916 y sus ampliatorias, es únicamente la pactada por escritura pública en favor del empleado, en forma personal y directa, por un monto que no baje del 5% de las utilidades netas del negocio.

REORGANIZACION DE LA DIRECCION DE ADMINISTRACION Y CONTROL.

D. S. 204 C. 2-7-59

"El Peruano" 10-7-59

Dispone la reorganización integral de la Dirección del epígrafe, precisando sus nuevas funciones, su organización, atribuciones y cuestiones de procedimiento.

CREA EL FONDO MUTUAL DE LOS ESCRIBANOS

Ley N° 13249, 28-8-59.

"El Peruano" 29-8-59.

Dispone que al apersonarse las partes a cualquier procedimiento judicial (civil, penal o laboral), deberán acompañar un recibo de S/. 2.00 adquirido en la Caja de Depósitos y Consignaciones, cuyo importe será considerado como adelanto de las actuaciones que realicen los escribanos; quedando exceptuados únicamente los actores en los juicios sobre alimentos y accidentes de trabajo.

Estos ingresos constituirán el Fondo Mutual de los Escribanos del Perú, destinado a proporcionar auxilio en los casos de invalidez, y vejez de los actuarios, así como asignaciones de funeral a los familiares, en caso de muerte.

Hacienda y Comercio

REGLAMENTO DE IMPUESTOS A LAS UTILIDADES PROFESIONALES

D. S. 30-6-59.

"El Peruano" 6-7-59.

Señala las normas que deberán seguir los profesionales independientes, para llevar un registro de ingresos, conforme a lo dispuesto por el artículo 10 de la Resolución Suprema de 21/1/1935.

INFORMACIONES SOCIALES

NUEVO REGLAMENTO DE IMPUESTO A LOS SUELDOS

D. S. 30-6-59.

"El Peruano" 7-7-59.

Aprueba el nuevo Reglamento de impuesto a los sueldos, ampliando en este sentido las disposiciones reglamentarias vigentes del Capítulo IV de la ley 7904.

DELEGADO DEL MHC ANTE EL SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO

R. S. N° 119, 3-7-59.

"El Peruano" 8-7-59.

Designa al Dr. Lino Cornejo como representante del Ministerio de Hacienda y Comercio ante el Consejo Directivo de la Caja Nacional de Seguro Social del Empleado, mientras dure la ausencia del titular.

BONIFICACION PARA LOS SERVIDORES DEL ESTADO

D. S. 25-7-59.

"El Peruano" 27-7-59.

Concede a todos los empleados públicos del país, una bonificación de 5% sobre los sueldos y jornales que alcancen hasta 1,000 soles al mes; de 50 soles a los sueldos y jornales básicos comprendidos entre 1,000.01 y 1,450 mensuales, a partir del 1° de agosto próximo.

LEVANTAMIENTO DE CENSOS EN TODA LA REPUBLICA

Ley N° 13248. 24-8-59.

"El Peruano" 11-9-59.

Establece que a partir de 1960, en todo el territorio nacional se levantarán censos de población y vivienda cada 10 años y cada cinco años los censos económicos, agropecuarios, industrial, comercial, de servicios, etc., señalando los organismos competentes a quienes corresponde el planteamiento y ejecución de los programas censales, así como la pronta aplicación y realización del censo nacional de 1960.

**MODIFICA EL CODIGO DE COMERCIO Y DISPONE LA
COLEGIACION DE LOS CONTADORES**

Ley N° 13253, 11-9-59.

"El Peruano" 12-9-59.

Modifica el artículo 35 del Código de Comercio, estableciendo que los comerciantes deberán llevar sus libros de contabilidad con intervención de contadores titulados, públicos y mercantiles; señala las atribuciones de unos y otros y dispone obligatoriamente la colegiación de los contadores públicos.

INFORMACIONES SOCIALES*Gobierno y Policía***ASIGNACIONES PARA OFICIALES RETIRADOS CON 30 AÑOS DE SERVICIO**

D. S. N° 1, 3-7-59.

"El Peruano" 10-7-59.

Hace extensivo a los miembros de las fuerzas auxiliares los beneficios del D. S. N° 1 DGAM/P, de 15/12/1958, en el sentido que los oficiales retirados con 30 años de servicios, gozarán de las asignaciones, bonificaciones y gratificaciones que les respectan, conforme a lo dispuesto por la ley 11173 y sus ampliatorias.

*Educación Pública***CREA LA JUNTA NACIONAL DEL CIEGO**

D. S. N° 24, 16-6-59.

"El Peruano" 10-7-59.

Creará la Junta del epígrafe presidida por el Director de Educación Normal y Especial y por representantes de los Ministerios de Trabajo, y Salud Pública, así como por delegados de entidades particulares empuñadas en esta obra de bien social, señalando los fines en los campos de la educación, prevención y economía.

*Marina***ADELANTO DE INDEMNIZACIONES A LOS TRABAJADORES MARITIMOS DE SALAVERRY**

R. M. D.C. N° 1609. 13-7-59.

"El Peruano" 24-7-59.

Autoriza a la Comisión Controladora del Trabajo Marítimo, para que en calidad de adelanto de indemnización por tiempo de servicios, entregue a cada uno de los integrantes de los gremios marítimos del puerto de Salaverry, la cantidad de S/. 800.00, por una sola vez.

INFORMACIONES SOCIALES

**CONFORMACION DE CUADRILLAS Y TARIFAS DE LOS
ESTIBADORES DEL CALLAO**

R. M. N° DC. N° 1895.

“El Peruano”.

Aprueba la composición de las cuadrillas de estibadores del puerto del Callao y las tarifas que se les abonará por descarga de azufre mineral, a granel, conforme se detalla en la mencionada disposición.

**AUMENTA EL PAGO DE ALIMENTACION A LOS TRABAJADORES
MARITIMOS**

R. M. N° DC. 2122, 19-9-59.

“El Peruano” 26-9-59.

Fija en 20 soles oro el pago por concepto de alimentación de los trabajadores marítimos de los distintos gremios de los puertos del litoral.

—oOo—

Biblioteca de la Caja Nacional de Seguro Social

PUBLICACIONES RECIBIDAS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE 1959

1.—ORGANISMOS INTERNACIONALES

a) Organización Internacional del Trabajo

Informaciones y memorias sobre la aplicación de convenios y recomendaciones. Informe III, (parte I) y (parte III), 43ª. Reunión, 1959.

Consulta y colaboración entre las autoridades públicas y las organizaciones de empleadores y de trabajadores en el ámbito industrial y en el ámbito nacional. Informe V (1), 44ª Reunión, 1960.

Reducción de la duración del trabajo. Informe VII (1), 44ª Reunión, 1960.

La vivienda de los trabajadores. Informe VIII (1), 44ª. Reunión, 1960.

El Costo de la Asistencia Médica. Nueva Serie, N° 51, 1959.

Labour costs in european industry. Nueva Serie, N° 52, 1959.

Manual de protección contra las radiaciones de la industria. Ginebra, 1959.

Prevención de los accidentes causados por la electricidad en las labores subterráneas de las minas de carbón. Ginebra, 1959.

Prevención de los accidentes causados por los fuegos e incendios en las labores subterráneas de las minas de carbón. Ginebra, 1959.

Serie Legislativa. may-jun., 1959.

Informaciones Sociales vol. XXI, N° - 10, 11, 12, vol. XXII, 1, 2, 3, 1959.

Noticias de la O. I. T. N° 53, 1959.

Revista Internacional del Trabajo. vol. LIX N° 6, vol. LX, 1, 1959
Suplemento estadístico. vol. LIX, N° 6, vol. LX, 1 y número especial, 1959.

Weekly (Pub. Library) N° 18 a 30 de 1959.

b) Organización Mundial de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana

Boletín de la O. S. P. vol. LXVI, N° 6, vol. 1, 2, 1959.

Crónica de la O. M. S. N° 2, 3, 4, 5, 1959.

Salud Mundial. N° 2, 3, 4, 1959.

INFORMACIONES SOCIALES

c) Asociación Internacional de la Seguridad Social

Comisión de organización y métodos.

Recaudación de las cotizaciones. (Cuestionario 1). ISSA|OM|II.

Registro e identificación de asegurados. (Cuestionario 2). ISSA|OM|II.

Comisión de prevención de los riesgos profesionales.

La instalación de las máquinas, la disposición de los servicios auxiliares a las condiciones de ambiente en los lugares de trabajo, particularmente donde existen nuevas instalaciones. ISSA|AP|Com|II|R|2.

La investigación y el progreso al servicio de la prevención es el tema central del III Congreso Internacional de prevención de los riesgos profesionales. París, 1961.

Psicología de los accidentes. ISSA|AP|Com|R|1.

Memorándum sobre la reunión de los grupos preparatorios para tres comisiones regionales americanas, celebradas en Washington, en abril de 1959. ISSA|RC|1|D|3.

Problemas administrativos del desempleo parcial. ISSA|AC|VI|2 Lisboa, 1959.

Bulletin de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale. N° 5, 1959.

Seguridad Social. N° 6, 1959.

d) Organización de los Estados Americanos

Análisis y proyecciones del desarrollo económico.

El desarrollo económico de la Argentina. V. Parte 1. los Problemas y perspectivas del crecimiento económico argentino. México, 1959.

El desarrollo industrial del Perú. VI. México, 1959.

Manual de proyectos de desarrollo económico. México, 1958.

Boletín Económico de América Latina. N° 1, 1959.

Centro Interamericano de Vivienda y Planeamiento. Informe anual, 1958.

Noticias de Seguridad. N° 6, 7, 8, 1959.

Servicio Social Interamericano. N° 13, 1959.

e) Organización Iberoamericana de Seguridad Social

El seguro escolar en España. Madrid, 1959.

Acción de la Seguridad Social Iberoamericana. N° 2, 1959.

2.—LIBROS Y FOLLETOS

Banco do Brasil S. A. Relatório, 1958.

Gual Villalbí, Pedro

Política de distribución de la riqueza. Barcelona, 1958. 2 t.

Organización sindical, Madrid.

a) Reglamento nacional de trabajo en las factorías bacaladeras.
N° 3,

INFORMACIONES SOCIALES

- b) Convenio colectivo sindical de la Sociedad española de automóviles de turismo. Nº 4.
- c) Reglamento nacional de trabajo en las industrias lácteas. Nº 5.
- d) Reglamento nacional de trabajo en las industrias carnicas. Nº 6.
- e) Convenio general de seguridad social entre España y Francia Nº 7.
- f) Estatutos de montepío nacional del servicio doméstico. Nº 8.
- g) Reglamento de trabajo en Radio nacional de España. Nº 9.
- h) Reglamento de trabajo en "Televisión española". Nº 10.
- i) Normas sobre aplicación de los seguros sociales unificados y mutualismo laboral. Nº 11.

Corporación Financiera Internacional: Second annual meeting of the board of governors International Finance Corporation. New Delhi, 1958.

Institute of the Life Insurance

Life insurance fact book. New York, 1959.

Michell, James: How american buying habits change. Washington, 1959.

The United States Department of Labour. Washington, 1959.

Coppo, Dionigi: Aspetti organizzati e funzionali delle assicurazioni sociali en Inghilterra e Svezia. Roma, 1959.

Biesanz, John: La sociedad moderna. Introducción a la sociología. México, 1958.

López Mateo, Adolfo: Dos discursos de apertura del Consejo Económico y Social de la ONU. México, 1959.

Dos pueblos en un diálogo de amistad y comprensión mútuas. México, 1959.

Ser mexicano es ser libre. México, 1959.

Instituto Nacional de Seguridad Social: Seguro contra riesgos profesionales. Managua, 1959. (Legislación).

Comisión para la reforma agraria y la vivienda: Informe sobre la vivienda en el Perú. Lima, 1958.

Legislación del inquilinato. Lima, 1959.

Ley Orgánica del Poder Judicial. Lima, 1959.

Patrón Faura, Pedro

Legislación Peruana sobre empleados públicos. Lima, 1959.

Philipps V., Juan A.: Problemas de organización y control de las prestaciones farmacéuticas en la seguridad social. Lima, 1959.

Servicio Cooperativo del Empleo del Perú.: Ocupaciones mecánicas de la industria automotriz. Lima, 1959.

3.—PUBLICACIONES PERIODICAS NACIONALES

Academia Peruana de Cirugía. Nº 1, 2, 3, 1959.

Actualidad Económica. Nº 136, 1959.

Anales de la Facultad de Medicina. Nº 1, 1959.

Anales del Primer Congreso de Economía Nacional. Vol. I, 1958.

Anuario Bibliográfico Peruano. 1953-1954.

Anuario de la Industria Minera del Perú. 1957.

INFORMACIONES SOCIALES

- Asociación de Comercio e Industria de Arequipa. Boletín de Informaciones.** N° 19 a 28, 1959.
- Asociación de Comercio e Industria de Arequipa. Circular de protestos y escrituras.** N° 16 a 26, 1959.
- Biblioteca Nacional. Memoria,** 1958.
- Boletín de Aduanas del Perú.** N° 433, 434, 435, 1959.
- Boletín de la Caja de Depósitos y Consignaciones.** N° 624, 1958; 625, 626, 1959.
- Boletín de la Compañía Administradora del Guanaco.** N° 3, 4, 5, 6, 1959.
- Boletín de la Sociedad Nacional Agraria.** N° 277, 278, 1959.
- Boletín de la Sociedad Nacional de Minería y Petróleo.** N° 66, 67, 1959.
- Boletín de la Universidad Nacional de Ingeniería.** Ene. Feb. Mar., Abr. May. Jun., 1959
- Boletín del Banco Central de Reserva.** N° 330, 331, 332, 1959.
- Boletín Municipal.** N° 1654-55, 1656, 1959.
- Boletín "SCEP". Servicio Cooperativo del Empleo del Perú** N° 22, 1959.
- Cámara de Comercio de Lima. Boletín Mensual.** N° 360, 361, 362, 1959.
- Cámara de Comercio de Lima. Boletín Semanal.** N° 511 a 521, 1959.
- Corporación Peruana de Vapores. Memoria,** 1958.
- Costo de Vida.** May., Jun., Jul., 1959
- Cruzada Pro-Seguro de Vejez.** N° 3, 4, 1959.
- Electricidad en el Perú.** Boletín de la Asociación de Empresarios Eléctricos. N° 4, 1959.
- Las Enfermedades transmisibles en el Perú.** N° X, 1959.
- Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Memoria,** 1959.
- El Financista.** N° 494-495, 1959.
- Fraterna.** N° 28, 1959.
- Industria Peruana.** N° 324, 325, 1959.
- Informaciones Sociales.** N° 1, 2, 1959.
- Informaciones y Memorias de la Sociedad de Ingenieros del Perú.** N° 19, 1959.
- Informe Agrario. jun., ago.,** 1959.
- Leyes y Resoluciones de Carácter General de la República del Perú.** N° 19, 20, e Ind. 1958; 21, 1959.
- Noticias del Petróleo.** N° 111, 112, 1959.
- La Opinión Popular.** La Oroya. jul., ago., set., 1959.
- Perfil Económico.** N° 30, 31, 32, 1959.
- Peruvian Times.** N° 962 a 979, 1959.
- Revista de Jurisprudencia Peruana.** N° 184, 185, 186, 1959.
- Revista de la Sanidad de Policía.** N° 2-3, 1959.
- Revista del Hospital del Niño.** N° 78, 1959.
- Revista del Museo Nacional.** 1958.
- Revista Universitaria.** Universidad de Trujillo. N° 13-14, 1958.

INFORMACIONES SOCIALES

- Seguro Social.** Notas y comentarios de divulgación. C. N. S. S.
Nº 24, 25, 26, 27, 28, 1959.
- Servicios Médicos.** Boletín de la Universidad Nacional Mayor de
San Marcos. Nº 24, 1959.
- Síntesis Semanal.** Informativo de la Corporación de Comerciantes
del Perú. Nº 160 a 171, 1959.
- Superintendencia de Bancos. Balances.** Nº 117, 1959.
- Superintendencia de Bancos.** Memoria y estadística, 1958.
- Superintendencia de Bancos. Situación Bancaria.** ene., feb., 1959.
- Unicef para los Niños.** Nº 18, 19, 1959.

4.—PUBLICACIONES PERIODICAS EXTRANJERAS

- ALEMANIA.**—Arbeitsfchts. Nº 6, 7, 1959.
Arbeit und Sozialpolitik. Nº 5, 6, 7, 1959.
Boletín Semanal de Asuntos Alemanes. Nº 24 a 36, 1959.
Bundesarbeitsblatt. Nº 11, 12, 13, 14, 1959.
Deutsche Versicherungszeitschrift. Nº 6, 7, 1959.
Die Betriebskrankenkasse. Nº 11, 12, 13, 14, 1959.
Die Ersatzkasse. Nº 5, 6, 7, 1959.
Die Ortskrankenkasse. Nº 11, 12, 13, 14-15, 16, 1959.
Die Sozialversicherung. Nº 6, 7, 8, 1959.
Informations Dienst. Nº 61, 1959.
Versicherungs Wirtschaft. Nº 12, 13, 14, 15, 16, 1959.
- ARGENTINA.**—Boletín del Instituto Nacional de Previsión Social.
Nº 18, 19, 1959.
Boletín Quincenal. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
Nº 73 a 77, 1959.
La Ley. jun., jul., 1959.
Revista de Obras Sanitarias de la Nación. Nº 177, 1958.
- AUSTRIA.**—Soziale Sicherheit. Nº 5, 6, 7, 1959.
- BELGICA.**—Communique Mensual. Ministère du Travail et de la
Prévoyance Social. Nº 3, 4, 5, 1959.
La Mutualité Professionnelle. Nº 3, 1959.
Orientation Mutualiste. Nº 3, 1959.
Societe Belge d'Etudes et d'Expansion. Nº 186, 1959.
- BOLIVIA.**—Indice de Costo de Vida. Nº 13, 14, 15, 1959.
- BRASIL.**—Boletín Mensal do Banco do Brasil. Nº 6-8, 1959.
Industriários. Nº 65, 66, 1958.
Revista do Trabalho. ene-fe., mar-abr., 1959.
- CANADA.**—Occupational Health Bulletin. Nº 3, 2, 1959.
Health e Welfare. jun., 1959.
L'Information Médicale et Paramédicale. Nº 14, 1959.
The Royal Bank of Canada. Monthly Letter. Nº 5, 6, 1959.
- COLOMBIA.**—Boletín de la Cámara de Comercio de Bogotá.
Nº 1028 a 1040, 1959.
Boletín Mensual de Estadística. Nº 99, 1959.
Universidad Pontificia Bolivariana Nº 82, 1958-59.

INFORMACIONES SOCIALES

- CUBA.—Vida Universitaria. N° 98-99, 100, 1958; 101-102 103, 1959.
- CHILE.—Boletín del Banco Central de Chile. N° 375-376, 377, 1959.
- Panorama Económico. N° 203, 204, 1959.
- Servicio Social. N° 1, 1959.
- Unidad. N° 191, 1959.
- ECUADOR.—Boletín del Banco Central del Ecuador. N° 376-377, 1958.
- EL SALVADOR.—Revista de Trabajo. N° 30, 1957.
- ESPAÑA.—Aurora. Mutua de Previsión Social Seguro de Enfermedad. Memoria, 1958.
- Boletín de Divulgación Social. N° 151, 152-153, 154, 155-156, 1959.
- Boletín Oficial del Ministerio de Trabajo. N° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 1959.
- Compilación de Disposiciones sobre Seguros Sociales. Sup. N° 30, 1959.
- Confederación Nacional de Entidades de Previsión Social. Memoria, 1958.
- Cuadernos de Política Social. N° 40, 1958.
- Estudios Americanos. N° 84-85, 1958.
- Informaciones de la Seguridad Social en España. N° 113 a 129, 1959.
- Revista de Derecho del Trabajo. N° 32, 33, 1959.
- Revista de Trabajo. N° 1, 2, 3, 1959.
- Revista Española de Seguros. N° 146, 147, 148, 1959.
- Revista Iberoamericana de Seguridad Social. N° 6, 1958; 1, 2, 1959.
- ESTADOS UNIDOS.—América Clínica. N° 1, 1959.
- American Public Welfare Association. Letter to Members. N° 8, 9, 1959.
- APWA. Public Welfare. N° 3, 1959.
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. Comunicado N° 591, 1959.
- Corporación Financiera Internacional. Comunicado N° 26, 27, 29, 1959.
- Children. N° 4, 1959.
- Export Import Bank of Washington. N° 580 a 606, 1959.
- The Family Economist. may. 1959.
- Life Insurance. New Date. may., jun., jul., 1959.
- Money Matters. jun., 1959.
- Monthly Labor Review. N° 6, 7, 1959.
- The Monthly Review. Railroad retirement board. N° 6, 7, 8, 1959.
- Public Health Economics. N° 7, 8, 1959.
- Public Health Reports. N° 6, 7, 8, 1959.
- Quarterly. N° 3, 1959.
- Servicios Públicos. may-jun., 1959.
- Social Hygiene News. N° 4, 5, 6, 1959.
- Social Problems. N° 4, 1959.
- Social Security Bulletin. N° 6, 7, 8, 1959.

INFORMACIONES SOCIALES

- The Tally.** may., 1959.
- FRANCIA.**—**Boletín Francés de Informaciones Económicas y Técnicas.** Nº 5, 1959.
- Bulletin d'Information de la Mutualité Agricole.** Nº 87, 88, 1959.
- Informations Sociales.** Nº 4-5, 6, 7, 1959.
- Revue de la Mutualité.** Nº 14, 1959.
- Revue de la Sécurité Sociale.** Nº 101, 102, 103, 1959.
- GRAN BRETAÑA.**—**British Book News.** Nº 226, 227, 228, 1959.
- The Economist.** Nº 6041 a 6052, 1959.
- Government Publications.** abr., 1959.
- Rehabilitation.** Nº 30, 1959.
- GUATEMALA.**—**Análisis Estadístico de las Actividades Hospitalarias del Centro Materno Infantil.** 1958.
- Boletín Mensual de Estadística.** Nº 61, 62, 1959.
- Revista de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.** Nº 3, 4, 1958.
- HOLANDA.**—**Financieel Verslag met Betrekking tot de Algemene Ouderdomsverzekering.** 1957.
- HONDURAS.**—**La Gaceta.** abr., may., jun., jul., 1959.
- ISRAEL.**—**National Insurance Institute.** Annual report, 1957-58.
- National Insurance Institute.** Statistical Report, 1957-58.
- ITALIA.**—**Archivio di Medicina Mutuaistica.** Nº XIII, 1959.
- Bollettino Ufficiale.** Nº 9, 10, 1958; **Sup. Straordinario.** 3, 5, 6, 1959.
- Previdenza Sociale.** Nº 2, 1959.
- I Problemi della Sicurezza Sociale.** Nº 1, 2, 1959.
- Rassegna de Lavoro.** Nº 2-3, 4, 1959; **Quaderno.** Nº. 13, 1959.
- Revista degli Infortuni e delle Malattie Professionali.** Nº 1, 2, 1959.
- MEXICO.**—**Acción Indigenista.** Nº 68, 69, 70, 71, 1959.
- América Indígena.** Nº 3, 1959.
- Boletín del Instituto de Derecho Comparado.** Nº 34, 1959.
- Boletín Indigenista** Nº 2, 1959.
- Finanzas y Contabilidad.** Nº 5, 6, 7, 1959.
- La Justicia** Nº 350, 351, 1959.
- Revista Mexicana del Trabajo.** Nº 3-4-5-6, 1959.
- NUEVA ZELANDIA.**—**Social Security Department.** Report for the year ended 31 march 1959.
- PANAMA.**—**Comercio Exterior.** Nº 1, 1959.
- Estadística.** Caja de Seguro Social. Nº 2, 1958.
- Estadísticas Vitales.** Nº 5, 6, 7, 1959.
- Hacienda Pública y Finanzas.** Nº 1, 1959.
- Industrias.** Nº 1, 1959.
- Precios y Costo de Vida.** Nº 1, 2, 1959.
- PORTUGAL.**—**Boletim do Instituto Nacional do Trabalho e Previdencia.** Nº 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 1959.
- PUERTO RICO.**—**Boletín de Prevención de Accidentes.** Nº 8, 1958; 1, 2, 1959.
- “Siap”.** Boletín de la Sociedad Interamericana de Planificación. Nº 6, 1959.

INFORMACIONES SOCIALES

- REPUBLICA DOMINICANA.—Boletín de Divulgación Estadística.**
 N° 3, 1959.
Comercio Exterior. N° 11, 1958.
Seguridad Social. N° 62, 1959.
RUMANIA.—Revista de Statistica. N° 3, 4, 1959.
SUIZA.—La Mutualité Romande. N° 5, 6, 7, 1959.
Schweizerische Krankenkasse Zeitung. N° 11, 12, 13, 14, 1959.
URUGUAY.—Banco de la República Oriental del Uruguay. Sup.
Estadístico de la Revista Economía. N° 177, 178, 179, 1959.
Boletín. Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa. N° 61,
 1959.
Boletín del Instituto Interamericano de Protección a la Infancia.
 N° 129, 1959.
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Memoria, 1958.
Noticiero. Suplemento del Boletín del Instituto Interamericano de
 Protección a la Infancia. N° 132, 133, 1959.
Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.
 N° 16, 1959.
Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. N° 3, 1958.
Revista del Banco de la República Oriental del Uruguay. N° 68,
 1959.
VENEZUELA.—Banco Central de Venezuela. Boletín Bibliográ-
fic. N° 123, 124, 125, 126, 1958.
Banco Central de Venezuela. Boletín Mensual. N° 182, 183, 184,
 1959.
Boletín de la Cámara de Comercio de Caracas. N° 545, 546, 547,
 1959.
Boletín de la Corporación Venezolana de Fomento. N° 2, 1958.
Revista del Banco Central de Venezuela. N° 161-163, 164-166, 1958
Revista Nacional de Cultura. N° 132, 1959.

—oOo—

INFORMACIONES

SOCIALES



Año XIV Octubre-Noviembre-Diciembre-1959 No. 4

Publicación Trimestral de la
Caja Nacional del Seguro Social del Perú

INFORMACIONES SOCIALES

ORGANO DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

DIRECTOR: PEDRO CALOSI R.

SUMARIO

	Pág.
Programa de Lucha Antituberculosa en el Sur del Perú, por el Dr. <i>Alfonso Bouroncle Carreón</i>	3
Boletín Institucional	71
Información Nacional	75
Información Extranjera	83
Legislación Social Peruana	91
Biblioteca de la C. N. S. S.	99
Leyes, Decretos y Resoluciones: Aprobación de Convenios Internacionales de Trabajo	104



Año XIV Octubre-Noviembre-Diciembre 1959 Nº 4

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.

Programa de Lucha Antituberculosa en el Sur del Perú

Por el Dr. ALFONSO BOURONCLE CARREON,
Jefe del Dpto. de Epidemiología de la División de
Tuberculosis, Ministerio de Salud Pública y Asis-
tencia Social, Perú.

La reunión celebrada en la Dirección General de Salud en noviembre de 1958, con asistencia y presidencia del Director General, el representante de UNICEF para Latino América que se encontraba en visita, el Jefe Zonal de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Jefe Zonal de UNICEF acompañado de un asesor; el Director de los Servicios Técnico Normativos, el Jefe de la División de Tuberculosis y el Jefe del Departamento de Epidemiología de dicha División, acordó, en relación al Plan Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, circunscribirlo a una área del lugar del sur del país, encomendándose al Departamento de Epidemiología de la División de Tuberculosis la estructuración de dicho programa.

El proyecto de campaña antituberculosa a realizarse en trece provincias de cuatro departamentos que presentamos, es la realización de la tarea encomendada.

OBJETIVOS

El programa que se expone a continuación, tiene por objeto tratar de erradicar de tuberculosis a la población de una área circunscrita y predeterminada, que comprende trece provincias ubicadas en cuatro departamentos del sur del país; para ello, el programa tendría como base la realización de un despistaje tuberculino-radiológico, mediante el cual se podrá clasificar a la población en dos grandes grupos: sanos y enfermos

Esta clasificación de la población encuestada nos permite fijar los caminos a seguirse, que son dos:

- 1º.— Protección de la población sana.
- 2º.— Atención de todos los casos que sean descubiertos.

Para el desarrollo del primer punto tenemos:

- a).—Vacunación con BCG a todos los susceptibles (tuberculino - negativos).

INFORMACIONES SOCIALES

- b).— Elevación de los niveles higiénicos mediante un programa de educación sanitaria.
- c).— Control radiológico pulmonar de la población sana en forma periódica.
- d).— Aislamiento de todo foco contagiante
- e).— Procurar elevar los niveles de vida, con la elaboración y ejecución de dos programas: educacional y de fomento económico.

En relación al segundo punto:

- a).— Control periódico sistemático de todos los casos residuales.
- b).— Aislamiento domiciliar u hospitalario de todos los casos activos, con la instauración de los tratamientos correspondientes.
- c).— Control y medicación de todos los contactos.

Como se desprende de lo expuesto, este programa para el logro de su objetivo realizará simultáneamente una labor preventiva y otra asistencial, imbrincándose ambos aspectos médicos, ya que por las características propias de la enfermedad, no es posible dar mayor predominio o ejecución exclusiva al aspecto preventivo. Cuando el programa esté en su fase de consolidación, es entonces recién, que la parte preventiva ocupará el mayor volumen de trabajo, ya que los casos en tratamiento habrán sido derivados sobre los médicos locales para su atención facultativa.

Como decíamos anteriormente, este programa que sólo abarcará algunas provincias, deberá ejecutarse en un plazo no menor de cinco años, los tres primeros dedicados al despistaje, prevención y tratamiento; el cuarto año será de consolidación del programa y el quinto servirá para evaluar en el terreno los resultados obtenidos. Esto no quiere decir, que al final del quinto año se suspenderá el programa, lo que se puede suspender es la campaña, pero el programa continuará ejecutándose —principalmente en su fase de consolidación y control— por los organismos sanitarios locales, pudiéndose desplazar la campaña a otras áreas del país.

Consideramos que la exposición de las características geográficas, etnológicas y económicas del área a trabajarse, si bien tienen importancia, no es necesaria su presentación y análisis dentro del presente trabajo.

Este programa para su mejor presentación ha sido dividido en varios capítulos.

CAPITULO I.— POBLACION

Para poder estructurar el programa y evaluar la cantidad de recursos, tanto del personal como de materiales que habrán de necesitarse para su ejecución, es necesario en primer lugar hacer un estudio de la población que será beneficiada con esta campaña

INFORMACIONES SOCIALES

La falta de información estadística determina que se tropiece con grandes dificultades para ello, en forma indirecta hemos podido hacer un estimado de la población del área.

El censo de 1940, es el elemento preferencial que nos sirve para efectuar los reajustes o estimaciones de la población actual. Dicho censo para las trece provincias consideradas (1), (2), dio una población de 691,919 personas; en base a ello hemos calculado que la población actual corresponde a 1'176,257 habitantes, que se reparte en la siguiente forma:

POBLACION POR PROVINCIAS, CALCULADA PARA 1959
Cuadro N° 1

Departamentos	Provincias	Cálculo actual N° de Población	Población total de las provincias
	Arequipa	225566	
	Cailloma	48217	
AREQUIPA	Camaná	17846	
	Caravelí	21590	
	Islay	43074	356.893
MOQUEGUA	Mariscal Nieto	30248	30.248
	Tacna	36898	
TACNA	Tarata	26871	63.769
	Puno	200702	
	Chucuito	217285	
PUNO	Huancané	190275	725.347
	Sandia	63258	
	San Román	53827	
			1'176.257

Como se puede apreciar, la mayor área poblada corresponde al departamento de Puno, en especial a las provincias de Puno, Chucuito y Huancané —población preferentemente rural— y a la provincia de Arequipa, que a diferencia de las anteriores, presenta gran concentración humana en la capital de la provincia.

El cálculo de la población actual ha sido efectuado considerando que la población actual del país al presente momento asciende a 10'500,00 habitantes (3), y tomando como base la cifra total en el censo de 1940, en base al sistema de proporcionalidad, hemos deducido la población de estas localidades.

Para los fines del programa, la distribución de la población por sexo tiene una importancia secundaria, lo que sí es de sumo interés

(1) Dirección Nacional de Estadística "CENSO DE POBLACION Y OCUPACION DE 1940", Vol 1, Resúmenes Generales, Lima, Perú.

(2) Dirección Nacional de Estadística "CENSO NACIONAL DE POBLACION DE 1940" Vol VII, Dptos. Arequipa, Apurímac, Moquegua, Tacna, Lima, Perú.

(3) Dirección Nacional de Estadística "CENSO NACIONAL DE POBLACION DE 1940". Volumen VIII, Dptos. Cuzco, Puno, Lima, Perú.

INFORMACIONES SOCIALES

es la distribución por grupos de edad, observándose que la población menor de 25 años corresponde del 55% al 60%; creemos que la composición etárea registrada en el censo de 1940 no se ha modificado a la fecha, por lo tanto los porcentajes encontrados en aquel entonces, podemos tomarlos como válidos en la actualidad.

**POBLACION CENSADA POR PROVINCIAS DISTRIBUIDAS
 POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO**

Censo de 1940. Cifras relativas

Cuadro N° 2

GRUPOS DE EDAD	TACNA				MOQUEGUA	
	TACNA		TARATA		Mcal. NIETO	
	H	M	H	M	H	M
Menos de 1 año	2.5	3.1	3.6	3.5	3.4	3.3
1 — 4	7.7	9.6	11.1	11.3	10.8	11.2
5 — 9	11.6	13.2	16.0	14.4	14.7	14.4
10 — 14	12.3	11.7	13.7	10.3	13.0	10.9
15 — 19	13.1	11.7	9.8	9.2	11.0	9.5
20 — 24	12.5	10.2	7.8	8.6	9.3	8.9
25 — 29	8.0	8.1	7.8	8.1	7.4	7.7
30 — 34	6.3	5.6	6.1	6.1	6.1	5.3
35 — 39	5.5	5.4	4.8	5.5	5.3	5.6
40 — 44	4.3	4.3	4.2	4.2	4.5	4.5
45 — 49	4.4	4.1	3.7	4.0	3.5	3.7
50 — 54	3.1	3.3	2.3	3.0	3.0	3.6
55 — 59	2.7	2.6	2.0	2.5	2.2	2.6
60 — 64	2.2	2.3	2.4	2.8	1.9	2.8
65 — 69	1.4	1.6	1.5	1.9	1.4	1.8
70 — 74	1.0	1.4	1.1	2.0	1.0	1.7
75 — 79	0.6	0.8	0.7	1.1	0.5	1.0
80 — 84	0.4	0.5	0.7	0.8	0.5	0.9
85 — 89	0.2	0.2	0.3	0.3	0.2	0.3
90 y más	0.1	0.1	0.4	0.4	0.2	0.3
Ignorado	—	—	—	—	—	—

Población Urbana y Rural.—

El conocimiento de la distribución de la población en urbana y rural, es fundamental para apreciar cuales son las áreas y centros de concentración humana y su grado de dispersión.

En nuestro medio el problema es difícil, ya que siendo el censo de 1940 la única fuente referencial, nos encontramos que en la realización de dicho trabajo no se adoptó un criterio técnico de base demográfica que hubiese diferenciado los centros urbanos de los rurales, en base a un número determinado de habitantes, sino que se consideró como población urbana los centros que son "Capitales de circunscripción territorial" (departamento, provincia y distrito) (4) y se sumó a

(4) Sociedad Geográfica de Lima "DIVISION POLITICA DEL PERU" 1821 — 1956" Anexo al Boletín. Lima. Perú.

INFORMACIONES SOCIALES

**POBLACION CENSADA DISTRIBUIDAS POR
GRUPOS DE EDAD Y SEXO**
Censo de 1940. Cifras relativas

Cuadro N° 2a

Grupos de edad	DEPARTAMENTO DE PUNO									
	Puno		San Román		Chucuito		Huancané		Sandía	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Menos de 1 año	3.2	2.9	2.7	2.5	3.0	2.6	3.1	2.8	2.9	3.2
1 — 4	11.9	11.0	13.5	12.0	13.4	12.4	13.6	11.9	11.1	13.2
5 — 9	16.6	15.0	17.8	16.2	17.8	16.5	18.0	15.7	12.7	14.6
10 — 14	11.2	9.7	12.6	19.6	10.8	8.9	11.8	9.8	9.3	8.3
15 — 19	8.2	8.3	8.2	8.8	7.1	7.8	8.0	8.0	8.0	7.6
20 — 24	9.2	8.7	9.1	8.3	7.5	7.8	7.4	8.0	11.4	8.8
25 — 29	6.6	8.0	6.1	7.7	6.8	7.8	6.4	7.4	8.3	8.3
30 — 34	5.3	5.8	5.0	5.8	5.7	6.3	5.3	6.1	7.3	7.0
35 — 39	5.0	6.1	5.0	6.0	5.4	6.9	5.2	5.8	6.1	5.5
40 — 44	4.4	4.8	3.9	4.3	4.1	4.6	4.4	4.7	5.1	4.9
45 — 49	3.8	4.2	3.9	4.0	4.2	4.2	3.6	4.0	4.1	4.1
50 — 54	3.1	3.3	2.7	3.2	3.0	3.2	2.8	3.3	3.1	3.4
55 — 59	2.5	2.5	2.3	2.5	2.6	2.7	2.5	2.7	2.4	2.0
60 — 64	2.3	2.6	2.0	2.3	2.4	2.6	2.2	2.7	2.8	2.8
65 — 69	1.7	1.9	1.5	1.8	1.8	1.4	1.6	2.0	1.5	1.5
70 — 74	1.6	1.6	1.0	1.4	1.5	1.6	1.4	1.9	1.6	1.6
75 — 79	1.2	1.1	0.9	0.9	1.0	1.0	0.9	1.1	0.6	0.8
80 — 84	0.9	1.1	0.8	0.8	0.9	1.0	0.8	1.0	0.9	1.2
85 — 89	0.5	0.6	0.3	0.4	0.4	0.5	0.4	0.5	0.3	0.5
90 y más	0.8	0.7	0.7	0.5	0.6	0.6	0.5	0.6	0.5	0.7
Ignorado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Cuadro N° 2b

Grupo de edad	DEPARTAMENTO DE AREQUIPA									
	Arequipa		Cailloma		Camaná		Caraveli		Islay	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Menos de 1 año	3.3	3.1	3.6	3.4	3.8	3.6	3.4	3.8	3.1	3.3
1 — 4	10.1	9.8	13.2	11.8	11.9	12.4	10.1	12.4	9.2	11.3
1 — 4	10.1	9.8	13.2	11.8	15.4	16.4	13.6	16.2	12.6	14.4
10 — 14	13.9	12.0	10.8	8.8	13.8	14.1	13.3	12.2	12.2	12.7
15 — 19	12.5	11.3	8.1	7.8	10.5	9.7	12.2	10.0	11.0	11.0
20 — 24	11.8	9.7	8.3	8.3	9.0	8.5	11.1	9.4	11.7	10.3
25 — 29	7.2	8.3	7.5	8.2	7.4	7.3	9.3	9.2	8.7	8.6
30 — 34	5.7	5.7	6.3	6.5	5.8	4.7	6.8	6.1	7.1	5.4
35 — 39	5.0	6.1	6.0	6.4	5.8	6.6	5.6	5.0	6.4	6.2
40 — 44	4.0	4.5	4.5	5.1	4.9	3.8	4.4	4.0	4.8	4.3
45 — 49	3.5	4.1	4.0	4.1	3.0	3.2	3.3	3.0	4.2	3.8
50 — 54	2.5	2.8	2.2	3.2	2.8	2.5	1.9	2.3	3.0	2.3
55 — 59	2.1	2.5	2.0	2.3	2.0	2.3	1.6	1.8	2.3	2.0
60 — 64	1.8	2.4	2.1	3.0	1.8	2.9	1.3	1.7	1.7	1.5
65 — 69	1.2	1.5	1.3	1.6	1.3	0.9	0.7	1.2	1.0	1.0
70 — 74	0.9	1.4	1.4	1.7	0.9	0.8	0.5	0.7	0.5	0.7
75 — 79	0.6	0.8	0.6	1.1	0.4	0.5	0.3	0.4	0.3	0.4
80 — 84	0.3	0.6	1.0	1.0	0.2	0.4	0.2	0.3	0.2	0.4
85 — 89	0.2	0.3	0.4	0.3	0.1	0.1	—	—	—	0.2
90 y más	0.1	0.2	0.4	0.7	0.1	0.2	0.1	0.2	—	—
Ignorado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

INFORMACIONES SOCIALES

 PORCENTAJE DE POBLACION URBANA EN LAS
PROVINCIAS

Cuadro N° 3

DEPARTAMENTOS	PROVINCIAS	PORCENTAJES
	Arequipa	72.6
	Cailloma	50.4
AREQUIPA	Camaná	33.3
65.7	Caravelí	42.8
	Islay	71.9
MOQUEGUA	Mariscal Nieto	35.8
35.8		
TACNA	Tacna	59.1
51.4	Tarata	40.9
	Puno	15.2
	Chucuito	5.9
PUNO	Huancané	5.0
	Sandia	12.2
	San Román	20.6

éstos todos aquellos "centros poblados cuyo número de habitantes excede del promedio aritmético del de dichas capitales, siempre que no tenga características típicamente rurales" (hacienda, fundo, comunidad).

Como se aprecia, el criterio que primó en los ejecutores del censo, fue exclusivamente de carácter político más no técnico y si consideramos que el Perú es el país de mayor proliferación de circunscripciones territoriales, que se efectúan con criterio político y sin carácter técnico o funcional, tenemos como bien lo reconocen los ejecu-

 PORCENTAJE DE POBLACION URBANA EN LAS CAPITALES
DE PROVINCIAS

Cuadro N° 4

DEPARTAMENTO	Provincia	Poblac. Urbana de la Provincia	Poblac. Urbana de la ciudad capital	Porcentaje
AREQUIPA	Arequipa	93476	79185	84.7
	Cailloma	13875	2088	15.0
	Camaná	3393	2321	68.4
	Caravelí	5276	1212	23.0
	Islay	17933	12628	70.4
MOQUEGUA	Mariscal Nieto	6099	3888	63.7
TACNA	Tacna	12819	11378	88.8
	Tarata	6464	2917	45.1
PUNO	Puno	17892	15999	89.4
	Chucuito	7600	2630	34.6
	Huancané	5562	2595	46.7
	Sandia	4543	1720	37.9
Total	San Román	6534	7002	—
				145568

INFORMACIONES SOCIALES

tores del censo, que el tomar un criterio técnico de tipo demográfico "hubiera significado la relegación de un apreciable número de las referidas capitales al plan de centros poblados rurales".

Lo anteriormente expuesto nos indica, que los promedios de población urbana que exponemos a continuación, estuvieron muy por encima de la realidad; ahora bien, en los últimos 18 años se ha realizado una fuerte corriente migratoria de las áreas rurales a las urbes, pero ¿en qué magnitud se ha realizado este fenómeno?, tan sólo podemos decir que en el área a trabajarse, tres son los centros de atracción migratoria: Arequipa, Tacna y el área de Moquegua e Ilo, por la apertura de centros mineros que en los últimos años ha determinado una afluencia de población fundamentalmente andina, pero concentrada mayormente en campamentos mineros.

Queremos indicar, que con todas las anomalías de procedimientos, en el censo de 1940 para la determinación de centros urbanos o rurales, la falta de estudios ulteriores que permitan rectificarlos, nos obliga a usar como elemento referencial los porcentajes que se obtuvieron en dicho censo, que por lo menos nos servirán de pauta en el presente trabajo y que arrojan para toda el área 32.5% de población urbana y 67.5% de rural.

Ahora expondremos la población urbana que se encuentra en las capitales de provincias y los porcentajes que se exponen están en relación con el total de la población urbana de dicha provincia.

Como se puede apreciar, en las provincias donde existen ciudades, la población de éstas está por encima del 50% del total de la población urbana de la provincia, mientras que todas aquellas capitales que no llegan al 50%, podemos considerarlas como centros de población semi-rural o rural, al igual que el resto de centros poblados de las provincias; en el censo de la provincia de San Román, capital Juliaca, nos encontramos en que probablemente por error tipográfico, el total de la ciudad capital excede al de la población urbana de la provincia, o es simplemente el fruto de un trabajo no revisado antes de su publicación. Por lo anteriormente expuesto, nos encontramos con que la mayor parte de la población en las provincias del área a trabajarse es de tipo rural.

Centros Poblados. — Inmediatamente pasaremos a exponer la cantidad y el tipo de centros poblados existentes en cada provincia, al igual que el grado de dispersión. (Véase el cuadro N° 5)

Podemos apreciar, que el tipo de centros poblados predominantes en las provincias, está en razón de la producción y también de la magnitud de las tierras aprovechables en la explotación de la riqueza agropecuaria que es la base de la economía de esa zona, y tenemos, que en Arequipa, los centros poblados que priman en mayor número son los anexos y pagos, mientras en áreas típicamente andinas los centros que predominan son las estancias, haciendas y parcialidades; ello deberá ser tomado muy en cuenta en la ejecución del programa, en especial el de educación sanitaria, ya que siendo este el primero a ejecutarse deberá

INFORMACIONES SOCIALES

 NUMERO DE CENTROS POBLADOS SEGUN CATEGORIAS
 POR PROVINCIAS Y PROMEDIO DE POBLACION

Cuadro Nº 5

Provincia	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Arequipa	413	2	1	32	65	135	6	100	9	63	31.19
Cailoma	1119	-	-	18	70	33	3	83	655	257	24.61
Camaná	51	1	-	3	12	13	-	21	-	1	119.82
Caravelí	180	1	-	13	29	13	-	104	-	20	68.49
Islay	79	1	-	8	14	21	-	18	-	15	315.70
Mariscal Nieto	266	1	3	12	115	103	3	161	140	98	53.70
Tacna	215	1	-	7	50	28	3	62	49	15	97.82
Tarata	228	-	-	8	58	19	-	14	99	30	67.18
Puno	1354	1	1	14	48	-	240	168	810	72	75.22
Chucuito	2304	1	1	8	87	-	109	328	1696	82	47.80
Huancané	970	-	-	9	-	3	4	143	811	-	90.43
Sandia	224	1	-	7	8	28	33	28	69	50	112.37
Sn. Román	228	1	-	2	3	1	102	41	72	6	119.67

I — Número de Centros poblados.— II — Ciudades.— III — Villas.— IV — Pueblos.— V — Caseríos.— VI — Anexos y Pagos.— VII — Comunidades, Parcialidades y Ayllus.— VIII — Haciendas y Fundos.— IX — Estancias.— X — Otras.— XI — Habitantes por centros poblados.

previamente estudiar las características antropológicas de la población y adoptar o ensayar los sistemas que den los mejores resultados en este tipo de colectividades.

Otro factor que tiene que considerarse fundamentalmente, es el grado de dispersión de la población que está reflejada por el número de habitantes existentes en los centros poblados; tenemos que los centros de mayor acumulación son los de Islay, seguidamente Camaná y San Román y ligeramente menor Sandía; estas cuatro provincias son las únicas en las cuales los centros poblados tienen más de 100 habitantes como promedio, siendo todas las otras provincias de gran dispersión, teniendo su mayor exponente las provincias de Arequipa y Cailoma que llegan tan sólo a un promedio de 31.19 y 24.61 habitantes respectivamente.

Esta dispersión de población también debe de ser tomada en cuenta para la confección del programa y dentro de los dos o tres meses de iniciado éste, poder reajustar el trabajo de acuerdo a las diferencias que se presentan, motivadas por los continuos desplazamientos de los equipos en la ejecución de su labor.

IDIOMA.— Los idiomas en uso en estas trece provincias son tres: Castellano, Quechua y Aymará, estos idiomas no son de uso generalizado entre toda la población, sino que determinados grupos hacen uso

INFORMACIONES SOCIALES

 NUMERO DE CENTROS POBLADOS SEGUN CATEGORIAS
 POR PROVINCIAS Y PROMEDIO DE POBLACION

Cuadro N° 5

Provincia	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Arequipa	413	2	1	32	65	135	6	100	9	63	31.19
Cailoma	1119	-	-	18	70	33	3	83	655	257	24.61
Camaná	51	1	-	3	12	13	-	21	-	1	119.82
Caravelí	180	1	-	13	29	13	-	104	-	20	68.49
Islay	79	1	-	8	14	21	-	18	-	15	315.70
Mariscal Nieto	266	1	3	12	115	103	3	161	140	98	53.70
Tacna	215	1	-	7	50	28	3	62	49	15	97.82
Tarata	228	-	-	8	58	19	-	14	99	30	67.18
Puno	1354	1	1	14	48	-	240	168	810	72	75.22
Chucuito	2304	1	1	8	87	1	109	328	1696	82	47.80
Huancané	970	-	-	9	-	3	4	143	811	-	90.43
Sandia	224	1	-	7	8	28	33	28	69	50	112.37
Sn. Román	228	1	-	2	3	1	102	41	72	6	119.67

I — Número de Centros poblados.— II — Ciudades.— III — Villas.— IV — Pueblos.— V — Caseríos.— VI — Anexos y Pagos.— VII — Comunidades. Parcialidades y Ayllus.— VIII — Haciendas y Fundos.— IX — Estancias.— X — Otras.— XI — Habitantes por centros poblados.

previamente estudiar las características antropológicas de la población y adoptar o ensayar los sistemas que den los mejores resultados en este tipo de colectividades.

Otro factor que tiene que considerarse fundamentalmente, es el grado de dispersión de la población que está reflejada por el número de habitantes existentes en los centros poblados; tenemos que los centros de mayor acumulación son los de Islay, seguidamente Camaná y San Román y ligeramente menor Sandia; estas cuatro provincias son las únicas en las cuales los centros poblados tienen más de 100 habitantes como promedio, siendo todas las otras provincias de gran dispersión, teniendo su mayor exponente las provincias de Arequipa y Cailoma que llegan tan sólo a un promedio de 31.19 y 24.61 habitantes respectivamente.

Esta dispersión de población también debe de ser tomada en cuenta para la confección del programa y dentro de los dos o tres meses de iniciado éste, poder reajustar el trabajo de acuerdo a las diferencias que se presentan, motivadas por los continuos desplazamientos de los equipos en la ejecución de su labor.

IDIOMA.— Los idiomas en uso en estas trece provincias son tres: Castellano, Quechua y Aymará, estos idiomas no son de uso generalizado entre toda la población, sino que determinados grupos hacen uso

INFORMACIONES SOCIALES

exclusivo de uno de ellos, siendo la población bilingüe la minoritaria, presentando como característica que el elemento bilingüe es en mayoría la población masculina, probablemente se debe a que por razones de trabajo tiene que establecer vinculaciones con otros grupos.

Un elemento que nos es imposible determinar, es dentro de las provincias cuales son las áreas o localidades que tienen uso predominante de tal o cual idioma, ya que la apreciación general de toda una provincia si bien nos orienta sobre los idiomas en uso, no nos dice nada en relación a sus localidades en sí, siendo lo probable que en cada provincia podamos encontrar núcleos de uso exclusivo de uno u otro idioma, por lo cual sugerimos que siempre antes de iniciar el trabajo en cada provincia, previamente se tengan reuniones con las autoridades y entidades locales, para establecer en la forma más exhaustiva posible el uso del idioma en cada distrito y de ser posible en cada localidad, para de esa manera evitar todo tropiezo que pudiera tener el personal y con ello el desprestigio o entorpecimiento del programa como resultante del uso de idiomas diferentes. (Véase el cuadro N° 6).

En el cuadro correspondiente podemos apreciar, que el mayor volumen de población es de habla aimara, como uso exclusivo de lengua o en asociación de los otros idiomas de uso en el área: castellano y quechua.

El segundo grupo está representado por la población de habla castellana, tanto como uso exclusivo cuanto sus asociaciones con el quechua y aimara, siendo el menor grupo el de habla quechua. En el censo no encontramos ninguna información sobre población trilingüe, con dominio sobre los tres idiomas.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR IDIOMAS CENSO 1940.— CIFRAS RELATIVAS

Cuadro N° 6

Castellano	Castellano y Quechua	Castellano y Aimara	Quechua	Aimara
28.8	8.0	8.3	17.3	37.6

Es probable que llame profundamente la atención el predominio del idioma aimara, pero debe de tenerse en cuenta que en el área considerada está involucrada toda la población aimara del país, ya que fuera de estas localidades prácticamente no existen otras que hablen tal idioma, también debemos de considerar que son justamente estas poblaciones de lengua aimara las más densamente pobladas en el área programada; ello debe ser tomado en cuenta para no incurrir en error, al pretender partir de estos informes, haciendo generalizaciones regionales o nacionales.

La distribución del idioma no está uniformemente repartida en los departamentos y provincias, sino que existe predominio de un idioma en cada localidad, tal como se puede apreciar en las cifras relativas que se exponen y que confirman nuestra enunciación.

INFORMACIONES SOCIALES

 DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR IDIOMAS, EN
DEPARTAMENTOS Y PROVINCIAS
CENSO 1940.— CIFRAS RELATIVAS

Cuadro N° 7

DEPARTAMENTOS	Provincias	Castella no	Castellano y Quechua	Castellano y Aimara	Quechua	Aimara
AREQUIPA	Arequipa	86.2	9.5	1.2	2.4	0.7
	Cailloma	2.8	30.5	—	66.7	—
	Camaná	95.4	4.4	—	0.2	—
	Caravelí	61.8	31.7	—	6.5	—
	Islay	91.1	7.7	0.9	0.3	—
TOTAL :		74.7	13.1	0.9	10.8	0.5
MOQUEGUA	Mariscal Nieto	58.1	1.9	21.5	0.3	18.2
	Total :	58.1	1.9	21.5	0.3	18.2
TACNA	Tacna	71.1	1.7	20.5	—	6.7
	Tarata	14.6	0.6	55.0	—	29.8
Total:		47.8	1.3	34.9	—	16.0
PUNO	Puno	2.2	9.0	7.0	28.3	53.5
	Chucuito	0.4	0.2	13.8	1.5	84.1
	Huancané	0.5	2.4	11.0	12.5	73.6
	Sandía	0.9	17.1	0.6	79.5	1.9
	San Román	4.1	21.5	0.8	73.4	0.2
Total:		14	6.1	9.0	23.2	60.3

Arequipa.— En general en este departamento el idioma predominante es el castellano, siendo el quechua idioma tan sólo en uso en un 10.8% de la población (provincia de Cailloma), y el aimara es prácticamente inexistente pudiéndose considerar que las personas que usan este idioma, son elementos inmigrantes de los departamentos vecinos, ya que el aimara con su pequeño volumen no se le puede considerar como lengua nativa en el departamento.

En relación a las provincias tenemos:

La provincia de Arequipa, podemos considerar en forma general el castellano como de uso exclusivo, ya que el volumen de población de habla quechua es el 2.4% y el aimara el 0.7%; considerándose a estos grupos como foráneos.

Cailloma, esta provincia por el contrario es predominantemente quechua y la única que tiene en uso tal idioma en el departamento, alcanzando a los dos tercios de población su uso exclusivo y a un tercio la población bilingüe, siendo el núcleo de habla castellana completamente reducido.

Camaná como Islay, son provincias genuinamente de habla castellana, no así Caravelí en donde existen pequeños grupos de habla quechua que alcanzan a 6.5% de la población.

INFORMACIONES SOCIALES

Moquegua.— En la provincia de Mariscal Nieto, de este departamento, el idioma predominante es el Castellano, existiendo un 18.2% de habla exclusivamente aimara y el 21.5% bilingüe, siendo desconocido el uso del quechua.

En los últimos años sobre esta área, se ha realizado un movimiento migratorio procedente de Puno, población que acude por el atractivo salarial del trabajo de las minas, creemos que esto ha podido modificar la estructura de los idiomas en uso, ya que es dable suponer que un fuerte grupo de inmigrantes pueda ser de habla quechua; la falta de mejores informaciones nos impide confirmar o rectificar este concepto. Para la ejecución del programa consideramos a priori, que en esta provincia deben tenerse presente los tres idiomas.

Tacna.— Este departamento presenta características muy similares a la provincia de Mariscal Nieto, pero ello tan sólo en lineamientos generales, ya que cuando efectuamos el estudio por provincias nos encontramos que en la de Tacna el idioma de fuerte predominio es el castellano, existiendo tan solo un 6.7% de la población que habla exclusivamente el aimara y un mayor grupo bilingüe de 20.5%; mientras que en la provincia de Tarata el idioma predominante es el aimara, que si bien tiene un 29.8% de uso exclusivo, el 55% es bilingüe, siendo tan sólo el 14.6% de habla genuinamente castellana.

Puno.— En este departamento encontramos, que en las cinco provincias consideradas, el idioma predominante en uso es el aimara que alcanza el 60.3% de la población, teniendo el quechua el 23.2%, el castellano en su expresión pura o asociado a las lenguas nativas es de escaso porcentaje, siendo su predominio en las capitales de provincias y dentro de autoridades o personas representativas en los distritos.

Esta población aimara, como se aprecia en el cuadro, no es uniforme ya que si bien es el idioma exclusivo de la provincia de Chucuito y de fuerte predominio en la de Huancané, alcanza el 53.5% en la de Puno, pero desaparece en la provincia de Sandía y San Román en donde el idioma predominante es el quechua, que en forma especial en la provincia de Sandía lo podemos considerar como el único idioma en uso. En esta provincia un punto que sobre el terreno hay que investigar es, que en los últimos años se ha efectuado una fuerte corriente migratoria de las provincias del Altiplano sobre el valle de Tambopata; esta población migratoria proviene fundamentalmente de las provincias de Huancané y Azángaro, la primera aimara y la segunda quechua; en este momento no podemos conocer en qué proporción se encuentra el uso de estos idiomas en las nuevas tierras colonizadas.

El uso del castellano en el departamento de Puno, está relativamente generalizado tan solo en las ciudades de Puno y Juliaca.

Por lo expuesto se puede apreciar la distribución geográfica de los idiomas, por lo cual en la realización del programa es necesario considerar dentro del personal, intérpretes bilingües o trilingües; por otro

INFORMACIONES SOCIALES

lado, en los programas de educación sanitaria deberá tenerse en cuenta estas características idiomáticas, para poder efectuar las traducciones previas de todo aquello que represente propaganda audio-visual

Un último comentario que podríamos hacer al respecto, es que creemos que la distribución geográfica de los idiomas en el área, no se ha modificado o lo ha sido muy poco, debido a:

1º.— Que la migración de población en su volumen total es pequeña, habiéndose dirigido principalmente a muy pocos centros de atracción migratoria y que ya hemos señalado.

2º.— Que la población no ha modificado —o lo ha hecho en muy pequeño grado— su estructura socio-económica.

3º.— Que por parte del Estado o de instituciones particulares, no se ha efectuado ningún programa de castellanización entre los grupos que tienen en uso lenguas nativas.

INSTRUCCION.— El conocimiento de los porcentajes de alfabetización de estos grupos tienen gran trascendencia ya que ellos nos permitirá por un lado ver la posibilidad del empleo de propaganda impresa, para el público en general o de recomendaciones e indicaciones escritas que se dan a los enfermos, igualmente el conocimiento de la distribución geográfica del alfabetismo permitirá individualizar las áreas, no sólo para ver el tipo de propaganda y las recomendaciones impresas a elaborarse, sino para ver las facilidades que pueda proporcionar cada colectividad en cuanto a personal preparado que pueda colaborar en la confección de fichas, partes, etc., etc.

Para el conocimiento del analfabetismo, tenemos que referirnos al censo del año 1940.

En relación a las cifras encontradas creemos, que el analfabetismo debe de haber disminuído en el área, pero por carecer de otras fuentes de información no podemos apreciar el porcentaje y si esta disminución es menor o mayor en los diferentes centros, por lo tanto, dichas cifras serán de utilidad referencial que nos servirán de pauta en la estructuración del programa.

De acuerdo a las indicaciones del censo, la población alfabetizada y analfabetizada es considerada a partir de los 6 años de edad o sea en el inicio de la edad escolar, igualmente haremos la exposición por provincias; en este sentido queremos expresar, que las cifras tal como las presenta el censo corresponden al íntegro de cada provincia, lo cual de por sí entraña dificultades en la apreciación de la distribución de la población alfabetizada en cada provincia, ya que si bien conocemos que el alfabetismo se desarrolla alrededor de las escuelas, no conocemos la ubicación de éstas, ni cuanto tiempo están en funcionamiento.

En la actualidad los porcentajes deben haber disminuído por la creación de nuevos centros, pero las creaciones han sido escasas y no ha obedecido a un programa razonado, fruto de un estudio que cubra las necesidades presentes y su incremento futuro que contemple no sólo el programa de alfabetismo para la población en edad escolar, si-

INFORMACIONES SOCIALES

 DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EL GRADO DE
 INSTRUCCION

CENSO DE 1940 — CIFRAS RELATIVAS

Cuadro Nº 8

Departamentos	Provincias	Con Instrucción	Sin Instrucción
AREQUIPA	Arequipa	74.2	25.8
	Cailloma	21.3	78.7
	Camaná	63.2	36.8
	Caraveli	66.1	33.9
	Islay	77.1	22.9
	TOTAL :	66.6 (55.7 — 44.3)	33.4
MOQUEGUA	Mariscal Nieto	43.8	56.2
	TOTAL :	43.8 (62.9 — 37.1)	56.2
	TACNA	Tacna	70.8	29.2
Tarata		40.4	59.6
TOTAL :		58.4 (59.4 — 30.6)	41.6
PUNO	Puno	17.3	82.7
	Chucuito	13.0	87.0
	Huancané	11.9	88.1
	Sandia	14.1	85.9
	San Román	19.9	80.1
	TOTAL :	14.5 (79.6 — 20.4)	85.5
TOTAL GENERAL :		35.4 (62.0 — 38.0)	64.6

no también la erradicación del analfabetismo en la población adulta. (Véase el cuadro Nº 8).

En el cuadro se observa la enorme diferencia que existe entre las diversas provincias en relación a los porcentajes de alfabetismo, también se puede apreciar el paralelismo que existe entre uso de idioma y porcentaje de alfabetización; observamos que las áreas de uso castellano son aquellas en que el alfabetismo alcanza los mayores porcentajes, siendo las áreas en que se habla las lenguas nativas, las que presentan los porcentajes más altos de analfabetos.

Igualmente hay un fenómeno interesante y es que en las provincias que tienen un alto porcentaje de población alfabetizada, ésta se reparte proporcionalmente en ambos sexos, mientras que en aquellas áreas de predominio analfabeto, la alfabetización se realiza predominantemente entre los varones; ello en nuestro programa tiene gran trascendencia, porque las indicaciones que se den para el tratamiento de los enfermos —que en otros medios son dirigidas sobre el centro del núcleo familiar, que es la madre— en estas áreas van a tener que ser dirigidas simultáneamente en referencia oral hacia la madre y en indicaciones escritas hacia el padre, siempre y cuando éste sepa leer, o

INFORMACIONES SOCIALES

tendrá que ser dirigida, y es lo probable, hacia alguno de los hijos quien posiblemente sabrá leer.

Por estas razones, sugerimos, que en las pequeñas colectividades rurales o semi-rurales de gran predominio analfabeto, es donde el programa de educación sanitaria debe orientar la formación de clubs de madres, —para en forma colectiva poderlas orientar en la función de ayuda asociada sobre sus enfermos, en el sentido de la mutua cooperación, esto igualmente deberá hacerse con los varones, que además de lo anterior deberán estimularlos en el aprendizaje, no sólo de las primeras letras sino también en el de charlas elementales sobre higiene personal y colectiva, al igual que la valorización y protección de sus enfermos, orientándolos hacia la erradicación del empirismo y hacia el acercamiento y colaboración con los centros médicos.

Otro punto es que los Organismos Internacionales deberán prestar su consejo indicando los métodos de propaganda mediante los cuales será factible acercarse, explicar e interesar a las diferentes colectividades de tipo analfabeto hacia la aceptación y colaboración de un amplio programa sanitario; por otro lado la búsqueda y entrenamiento de líderes de colectividad en estas áreas de lenguas nativas y de gran analfabetismo, deberá de hacerse en las mismas áreas usando personal lugareño pues consideramos que esto es decisivo tanto para la ejecución de las labores de educación sanitaria, cuanto para la ejecución del programa en sí y el tratamiento de los casos, ya que sin ayuda de ellos, la tarea en la áreas rurales andinas, sería extremadamente onerosa y difícil.

ACTIVIDAD ECONOMICA.—Exponemos los porcentajes de la población económicamente activa y su distribución por sexo, encontrando que en los departamentos donde prima el analfabetismo, es donde existen los mayores porcentajes de población activa y simultáneamente en esas localidades el trabajo femenino está incrementado.

Por falta de información no podemos hacer el análisis del tipo de actividad, al igual que la distribución por grupos de edad y sexo, lo cual nos permitiría conocer la proporción de concentración humana en los centros laborales, naturaleza de éstos, actividad que desarrollan, las labores en función al sexo y a qué edad comienzan. El conocimiento de todo esto tendría suma importancia, ya que permitiría establecer las posibilidades de contagio de la enfermedad en los centros de

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA POBLACION CENSO 1940 — CIFRAS RELATIVAS

Cualro Nº 9

Departamentos	POBLACION TOTAL	
	Población Activa	Población Inactiva
AREQUIPA	40.6	59.4
MOQUEGUA	45.7	54.3
TACNA	45.9	54.1
PUNO	49.5	50.5

INFORMACIONES SOCIALES

trabajo, o sea uno de los factores en el conocimiento del potencial de la infección e indirectamente apreciar la tendencia de la dolencia en los centros de concentración humana y poder establecer las medidas profilácticas correspondientes.

El cuadro anterior muestra la distribución de la población total de los respectivos departamentos por actividades económicas, razón por la cual nos es imposible presentarla por provincias, como era nuestro deseo.

POELACION ECONOMICAMENTE ACTIVA, POR SEXOS

Cuadro Nº 10

Departamentos	HOMBRES	MUJERES
AREQUIPA	65.9	34.1
MOQUEGUA	60.7	39.3
TACNA	69.0	31.0
PUNO	53.1	46.9

VIAS DE COMUNICACION

Rutas Aéreas.— La zona de trabajo está conectada con la ciudad de Lima, mediante servicios diarios que se realizan desde las ciudades de Arequipa y Tacna.

La ciudad de Arequipa se halla unida a las localidades de Camaná, Mollendo, Ilo y Moquegua; servicio que se efectúa varias veces a la semana y en forma diaria con la ciudad de Tacna.

Ferrocarriles.—Existe una red de ferrocarriles que une los puertos de Matarani y Mollendo con la ciudad de Arequipa en servicio diario, de esta ciudad tres veces a la semana un servicio diurno y dos nocturnos a las ciudades de Juliaca y Puno. Otra comunicación ferroviaria existe entre el puerto de Ilo y la ciudad de Moquegua.

Carreteras.— La Panamericana —asfaltada— partiendo de Lima une los centros de Caravelí, Camaná, Arequipa, Moquegua y Tacna. A su vez de esta ruta salen ramales que van hacia los diferentes distritos u otras provincias, siendo dos los ramales principales hacia Mollendo e Ilo.

De la ciudad de Arequipa parten carreteras afirmadas hacia Chivay, provincia de Cailloma, otra hacia Juliaca y Puno. De las ciudades de Moquegua y Tacna, igualmente parten carreteras que convergen sobre Juliaca y Puno, la ruta Tacna a Puno enlaza a Tarata.

En las ciudades de Puno y Juliaca existen vías que se dirigen a las diferentes provincias del departamento y que igualmente enlazan a multitud de distritos.

Las carreteras afirmadas del Altiplano tienen el inconveniente de que en algunas oportunidades quedan intransitables a consecuencia de las fuertes lluvias, que en los meses de diciembre a abril suelen caer en la región andina; esta característica del régimen pluvial será considerada para que en tal época la labor de los equipos se realicen en la costa, evitándose interrupciones en la ejecución del programa.

INFORMACIONES SOCIALES

Un punto que queremos indicar, es la inexistencia de caminos carreteros sobre Tambopata, siendo exclusivamente de herradura las rutas desde Sandia y Sina; señalamos en forma especial esto, ya que San Juan del Oro se ha convertido en centro de recepción migratoria del poblador andino, que en forma espontánea e individual está realizando la colonización de dicha área. Esta colonización se realiza fundamentalmente a partir de la población que fluye de Huancané y Azángaro y que toma las rutas antedichas.

Según datos extraoficiales, en el área de Tambopata y zonas circunvecinas, existe en la actualidad una población que fluctúa entre 15,000 y 25,000 habitantes y por los informes recogidos por el Médico Sanitario provincial, se constata que en dicha área existe un porcentaje de tuberculosos no determinado, aunque parece ser elevado y dicha enfermedad está incrementándose en el área, por lo cual consideramos que Tambopata es una localidad que debe de recibir especial atención en el programa, por ser centro colonizable con fuerte corriente migratoria, que presenta como característica, el que cerca de un 60% de la población retorna periódicamente al Altiplano, para atender a labores agrícolas en sus colectividades y llevando con ellos, las infecciones adquiridas en las áreas selváticas.

CAPITULO II. — EPIDEMIOLOGIA

El conocimiento de las características epidemiológicas del medio o sea los índices que sobre infecciosidad, morbilidad y mortalidad presenta la población, igualmente el potencial de difusión de la enfermedad y el cálculo de su tendencia, hubieran sido necesarios para la estructuración del programa, ya que el conocimiento de la afección en su distribución etárea y sexo en cada localidad determinarían la metodología del trabajo, los grupos y localidades hubiera sido necesario desarrollar el mayor esfuerzo para el mejor logro de los objetivos.

Información epidemiológica de tuberculosis en el área a trabajarse.

— Es muy escasa, contamos tan sólo con los informes de los Dispensarios Antituberculosos y Unidades Sanitarias de Arequipa, Moquegua, Mollendo y Tacna; esta última tan sólo ha informado hasta 1956 y el segundo con información dispensarial que comienza desde 1957. Otras fuentes de información corresponden a los trabajos de pocos investigadores que han laborado sobre algunas características epidemiológicas de la enfermedad en el área.

Se puede objetar la realización del programa a la falta de amplia información y supeditarla a una encuesta previa —tuberculino-radiológica— que se realizaría en diferentes grupos y localidades, por el sistema de muestreo al azar. Esto, si bien brindaría mejor conocimiento de la realidad epidemiológica y con ello un reajuste del presente programa, determinaría un gasto en recursos y sobre todo de tiempo; este mejor conocimiento epidemiológico, en manera alguna puede justificar el que los programas de lucha antituberculosa con características nacionales sean propuestos, ya que si bien nuestra información no es am-

INFORMACIONES SOCIALES

plia, es suficiente para mostrarnos la magnitud del problema, igualmente siendo nuestros recursos limitados se hace necesario invertirlos directamente en el objetivo planteado, ahorrándonos para el caso presente, pérdida de esfuerzos, material y fundamentalmente, tiempo.

En base al material que disponemos, vamos a efectuar un análisis de las etapas epidemiológicas y sus características en las diferentes localidades, para tratar de llegar al conocimiento del problema de tuberculosis en el área; para ello analizaremos separadamente los elementos epidemiológicos.

INFECCIOSIDAD.—Las pruebas tuberculínicas en el área a trabajarse tienen doble importancia; por un lado nos permitirán ubicar a los reactores negativos, para ser sometidos a la vacunación antituberculosa con BCG y por otro nos presentará sobre el terreno la difusión de la infección, las zonas y grupos humanos que son los más afectados, e incluso nos llevará al conocimiento de cómo se va expandiendo la enfermedad, especialmente en las regiones andinas; por los estudios que existen en esa región tenemos que la infección no es uniforme y que se encuentra en aumento. ¿Cuáles son los factores que determinan este incremento progresivo y sobre qué lugares se realiza?, justamente, después que realicemos un 50% del trabajo, estaremos en condiciones de poder establecer una respuesta al interrogante que se nos plantea, por el momento nos concretaremos a efectuar un análisis del material existente.

Como se aprecia, el cuadro N° 11 está distribuido por localidades, ya que es el resultado de trabajos aislados y no el de una labor en conjunto, que sería la única forma como pudiéramos analizar la infección tuberculosa en toda la región a trabajarse. (5), (6), (7).

- (5) **Primera Conferencia Nacional de Tuberculosis**, 1 Vol., Octubre 1942 Lima. Perú
- a) — Gustavo Corzo Masias "LA TUBERCULOSIS EN AREQUIPA Y ALGUNAS POBLACIONES DE LA PUNA", 369. Arequipa.
 - b) — Antenor Ponce Zegarra "LA REACCION TUBERCULINICA EN ESCOLARES", 382 Arequipa.
 - c) — José Marroquín "LA TUBERCULOSIS EN PUNO", 387, Puno.
 - d) — Víctor M. Paredes "INDICE DE INFECCION Y MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS", 409. Moquegua.
 - e) — Alfredo Fernández Quintana "RELACION TUBERCULINICA" 421, Tarata.
- (6) **II Congreso Nacional de Tuberculosis**, 1 Vol. Abril 1954. Lima.
- a) — José S. Castro y Celia P. de Castro "MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR EN AREQUIPA EN EL DECENIO DE 1943 - 1952 y NOVIEMBRE DEL 43 A NOVIEMBRE DEL 53 RESPECTIVAMENTE", 123.
 - b) — Lucio Zúñiga Corvacho "MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE TACNA EN EL DECENIO 1942 - 1951", 141.
 - c) — Gerardo Sotelo Espino. "LA TUBERCULOSIS EN LA REGION DE PUNO Y CUZCO" 249.
- (7) **III Congreso Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias**, 1 Vol. en prensa, Agosto 1957. Arequipa:

Lucio Zúñiga C.

(7) 1957 Tacna si si 1920 3-18 77.7% 20.24 2.3% — —

El autor manifiesta que los grupos más afectados, son de 15 a 34 años de edad, siendo las formas muy avanzadas 37.49% el mayor porcentaje, moderadamente avanzadas 24.41% e iniciales 34.11%. Las condiciones socio-económicas de los enfermos son malas, los enfermos extraños a la ciudad son en su mayoría procedentes de Puno, pues alcanzan al 22.48%.

Humberto Ambrijo

(10) 1956 Tacna si si — — — 2020 6.78 — —

Exámenes realizados en el Hospital Regional de Tacna, la edad más afectada es de los 15-29 años. Los varones presentan cifras más elevadas 7.71% y las mujeres 5.87%.

Roberto Montes F.

(11) 1956 Tacna si — 2024 3-18 77.7% 20.24 2.3% — —

En el trabajo que presenta los índices de morbilidad, como de infecciosidad están en razón directa con la edad e igualmente existe un predominio de los varones sobre las mujeres, que si bien es pequeño en infecciosidad (79.1-75.8), es de valor significativo en morbilidad: 2.8 en varones y 1.5 en mujeres; igualmente el autor estudia y demuestra la importancia del factor socio-económico, desarrollándose la enfermedad entre los que presentan los niveles más bajos.

Lucio Zúñiga C.

(6) 1954 Tacna si — — — — 540 —

La mortalidad decrece en el tiempo y afecta a la población de 15 a 34 años, igualmente son los nativos de Tacna los que dan el mayor porcentaje de mortalidad por tuberculosis 54.93%, siguiendo los oriundos de Puno 29.92%.

Alfredo Fernandez Q.

(5) 1942 Tarata si ¿? 430 6-20 48.6% —

(5) 1942 Tarata si ¿? 450 20-60 53.6% — —

En el trabajo no se señala si en la muestra se tomó a la población rural.

José Marroquín

(5) 1942 Puno si — 2000 6 a 25 69.0 — — 216

En el trabajo se expone el predominio de las reacciones positivas entre mujeres. Las cifras de defunciones corresponden a las ocurridas por tuberculosis en el hospital, en el quinquenio 1937-1941, y la segunda a las ocurridas en el medio extra-hospitalario en el mismo quinquenio.

		Juliaca	si	si	323	21-22	72.1%	323	4.0%	—	—
		Huancané	—	si	590	" "	73.9%	590	3.9%	—	—
Gerardo Sotelo	1954	Puno	si	si	534	" "	69.1%	534	3.0%	—	—
	(6)	Ilave	—	si	294	" "	65.3%	294	2.7%	—	—
		Pomata	—	si	300	" "	64.6%	300	2.6%	—	—

El autor expone que el trabajo se realizó sobre la población nativa cuartelaria que no había tenido desplazamiento a otras áreas. Las formas mínimas son las predominantes.

		Huancané	—	si	594	21-22	71.87%	—	—	—	—
		Juliaca	si	si	340	" "	70.0%	—	—	—	—
		Puno	si	si	534	" "	69.97%	—	—	—	—
Augusto Loayza		Ilave	—	si	300	" "	65.18%	—	—	—	—
	(12)	Pomata	—	si	300	" "	65.0%	—	—	—	—
		Comunidades Indígenas	—	si	742	4-60	23.44%	—	—	—	—
		Escolares	—	si	900	10-24	36.78%	—	—	—	—

En las comunidades, la infección tuberculosa es sobre la base de núcleos familiares; fluctúan sus índices de 9.23% a 43.02% teniendo los mayores índices, las comunidades de tipo agrícola.

En la población encuestada de las colectividades, el predominio de la infecciosidad está en las mujeres, 27.85% a 22.99% en varones. El autor encuentra que en la población escolar de Puno hay un aumento del índice de infecciosidad en 7.78% sobre el año 1942.

INFORMACIONES SOCIALES

Los trabajos de una misma localidad, generalmente corresponden a diferentes autores, fechas y grupos humanos; es por eso, que no nos permitimos sacar promedios, sino que tratamos de extraer de ellos los puntos saltantes que nos sirvan de orientación; en esta consideración haremos el estudio por localidades tratando al final por inferencia de llegar a generalizaciones.

Arequipa. — Los trabajos de **Castro** y colaboradores, se refieren a los resultados obtenidos en el medio dispensarial y Unidad Sanitaria, sin establecer diferenciaciones en ambos grupos, son trabajos complementarios que muestran la precocidad de la infección y su alto porcentaje que va en incremento. En relación a los enfermos señala el predominio de las formas moderadamente avanzadas y que las edades más afectadas son de 15 a 30 años; hacen hincapié en el alto porcentaje de enfermos oriundos de Puno.

Ponce dirigió su trabajo en el medio escolar; los resultados expresados en conjunto, nos revelan la alta prevalencia de la infección en esa localidad.

INFECCION TUBERCULOSA EN LA UNIDAD SANITARIA DE AREQUIPA

Años 1956 — 1957 — 1958

Cuadro N° 12

Grupo de Edad	Total	Positivos	%
Recién Nacidos	—	—	—
Menos 1 año	59	18	31.0
1 — 6	273	124	45.4
7 — 14	2203	769	35.0
15 y más	1600	1203	75.2
TOTAL :	4135	2,114	51.1

Camaná. — El trabajo de **Ramos** (9) que es el único realizado en un valle de la costa sur, establece la razón directa de proporcionalidad entre edad e infección, el predominio de la infección en el medio urbano 51% sobre el rural 36.4% e igualmente el mayor porcentaje de los varones 47.8% sobre 42.4% en mujeres.

- a) — José S. Castro M. "MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA CIUDAD DE AREQUIPA". Arequipa.
 - b) — Lucio Zúñiga Corvacho. "MORBILIDAD POR TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE TACNA EN EL DECENIO 1946 - 1955". Tacna.
 - c) — Jorge Rivera Arenas "ENCUESTA DE LA ALERGIA TUBERCULINICA EN LA POBLACION, DISTritos Y ANEXOS A LA PROVINCIA DE ISLAY, POR LA UNIDAD PREVENTIVA ASISTENCIAL ANTITUBERCULOSA ANEXA AL HOSPITAL "EL CARMEN" DE MOLLENDO". Mollendo.
- (9) **Ramos Fernando** "ENCUESTA TUBERCULINICA EN LA POBLACION ESCOLAR DE CAMANA" Tesis Br. Fac. de Med. 1956, Lima.

INFORMACIONES SOCIALES

Mollendo.— Los trabajos de **Rodríguez** y **Rivera** en el medio escolar, son coincidentes en cuanto a la relación directa entre infección y edad; la aparente discrepancia de los resultados, (8) 38.7% para **Rodríguez** y 88.18% para **Rivera**, pueden estar supeditados a la técnica de la prueba tuberculínica, ya que el primero usó la técnica de la cutipuntura, que siempre da un menor número de reactivos en relación a la intradermo-reacción, sobre todo cuando no se tiene experiencia.

(Véase el cuadro N° 13).

Moquegua.— **Paredes** preparó este trabajo para el Primer Congreso Nacional de Tuberculosis en el año 1942 (5) y encuentra un 20.2% de reactivos positivos, con predominio de los del área urbana sobre la rural.

Tacna.— En los trabajos de **Zúñiga** y **Montes**, (10) (11) practicados sobre la población en general y en el medio escolar respectivamente, encuentran igualmente la vinculación directa entre edad y porcentaje de infección. **Zúñiga** plantea el problema de los inmigrantes de la zona andina, en especial de Puno; y **Montes**, establece la vinculación entre enfermedad y condiciones socio-económicas.

Tarata.— El trabajo de **Fernández** en esta localidad, realizado en la población general y escolar, expone simplemente los resultados obtenidos que son de 53.6% y 48.6%, respectivamente

Puno.— Los trabajos de **Marroquín**, **Loayza** y **Sotelo** realizados en la población escolar, conscriptos y comunidades indígenas; muestran las variaciones que existen de un tipo de población a otra, presentando los mayores índices la población cuartelaria (12) y los menores la comunidad indígena, existiendo a su vez diferencias entre estas —tal como lo anota **Loayza**, que es el único trabajador de este grupo—, con predominio de infección en las comunidades de tipo agrícola sobre la artesanal o ganadera; fluctuando de 43.02% en la comunidad de Pajajana a 9.23% en la de Sanquira. Este investigador aporta un elemento muy valioso que es el desarrollo de la infección sobre la base de los núcleos familiares, apareciendo en un plano en distribución de damero e igualmente señala el predominio de la infección entre las mujeres 27.85% a 22.99% en varones, no explica el porqué de este fenómeno, que es diferente al de otras localidades.

Comparativamente en la población escolar de la ciudad de Puno

-
- (8) **Rodríguez V. Darío** "INVESTIGACION DE LA ALERGIA TUBERCULINICA EN LOS ESCOLARES DE MOLLENDO. 1955" Rev. Per. de Salud Pública- Recibido para su publicación.
- (10) **Abriojo F. Humberto J.** "ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA EPIDEMIOLOGIA DE LA TUBERCULOSIS EN EL MEDIO HOSPITALARIO DE TACNA" Tesis Br. Fac. de Med. 1956, Lima.
- (11) **Montes F. Roberto** "ALGUNAS CONSIDERACIONES EPIDEMIOLOGICAS DE LA TUBERCULOSIS EN EL MEDIO ESCOLAR DE TACNA", Tesis Br. Fac. de Med. 1956, Lima.
- (12) **Loayza O. Augusto** "INDICE DE INFECCIOSIDAD TUBERCULOSA EN COLECTIVIDADES SUPUESTAS SANAS DEL DEPARTAMENTO DE PUNO" Tesis Br. Fac. de Med. 1953, Lima.

INFORMACIONES SOCIALES

**INFECCION TUBERCULOSA EN LAS UNIDADES SANITARIAS
 DE MOLLENDO E ISLAY 1956 — 1957**
Cuadro Nº 13

Grupos de Edad	Total	Positivos	%
Recién Nacidos	—	—	—
Menos 1 año	16	13	81.2
1 — 6	78	61	78.2
7 — 14	594	429	72.2
15 y más	766	653	85.2
TOTAL :	1454	1156	79.5

Las cifras anteriores están corroboradas por el cuadro confeccionado con los informes de las Unidades Sanitarias, donde se aprecia la alta incidencia de la infección y su razón directa con la edad.

—del trabajo de **Marroquín** al de **Loayza**— en once años de diferencia, hay un aumento de la infección en 7.78%

Los trabajos de **Sotelo** y **Loayza** nos muestran cifras similares para cinco centros, presentando Huancané los mayores promedios y Pomata los más bajos. Lo que los autores no explican, es el por qué de ello y tampoco el por qué de la insignificativa diferencia entre infección en los cuarteles y la población civil, a pesar de que la primera es extraída de la población lugareña.

Los tres investigadores coinciden en la razón directa entre infección y edad.

INFECCIOSIDAD EN EL PAIS
Años 1956 — 1957 — 1958
Cuadro Nº 14

Grupo de Edad	Número Total de Examinados	Reactores Positivos	%
Menos de 1 año	696	297	42.7
1 — 6	4163	1925	46.2
7 — 14	8893	5346	60.1
15 y más	12660	10705	84.5
TOTAL :	26412	18273	69.2

Cifras proporcionadas por las Unidades Sanitarias 1956 — 1957 — 1958. (18)

En el cuadro se aprecia, los altos índices de infecciosidad que se encuentran en el país e igualmente la razón directa entre edad y positividad. Un punto sobre el cual queremos llamar la atención, es el fuerte índice de infecciosidad que existe en los menores de un año; estas cifras en parte están alteradas por el programa de vacunación en los recién nacidos, pero en ninguna manera todos los positivos corresponden a vacunados, lo cual, nos muestra la precocidad de la in-

(18) **Unidades Sanitarias** "PARTES MENSUALES SOBRE INFECCION TUBERCULOSA EN LOS AÑOS 1956 - 1957 - 1958".

INFORMACIONES SOCIALES

fección, que como bien sabemos, a esa edad adquiere valor diagnóstico.

Por todo lo expuesto tenemos que la infecciosidad tuberculosa del área, comparativamente, es similar a la registrada en el país en lineamientos generales y podemos decir que es de alta incidencia desde la primera infancia y de ahí se incrementa en razón directa con la edad (13). Asimismo observamos que la infección no es uniforme, sino que existe predominio en la población urbana y grandes fluctuaciones de una localidad a otra.

MORBILIDAD.— La determinación de sus índices y características epidemiológicas, es fundamental para el conocimiento de la magnitud del problema; sobre este punto es que deben dedicarse los mayores esfuerzos si se desean resultados fructíferos, ya que si bien infecciosidad y mortalidad son aportes valiosos para la ubicación y conocimiento del proceso, en realidad no son sino resultantes de la enfermedad en sí, que es lo que tenemos que combatir. La infecciosidad nos señala tan sólo la mayor o menor expansión del germen; la mortalidad nos enseña de su virulencia y resistencia en el terreno, a la par que las influencias del medio ambiente que han confluído sobre él; pero de ninguna manera estos dos elementos nos pueden enseñar el mecanismo de la agresión, de cómo la población absorbe y responde á ésta, de la resistencia filogenética y de cómo los factores ambientales, en especial los socio- económicos intervienen en el desarrollo de la enfermedad.

Es tan sólo con un estudio profundo de la morbilidad en sus diferentes características y manifestaciones, que sumado al conocimiento de la letalidad y con el aporte de la infección y mortalidad, que podremos con éxito combatir y tratar de erradicar la enfermedad, ya que no es solamente la detección de enfermos para someterlos a tratamiento y vacunación de todos los susceptibles lo que nos va a llevar a ello, sino el conocimiento de los orígenes, mecanismo y potencial de difusión de la enfermedad, las características del huésped en su avivat y las agresiones sociales que recibe, son los elementos que estudiados, solucionados y unidos a la terapia, vacunación o a cualquier otra medida —preventiva o asistencial—, los que llevarán al control y posterior destierro de la enfermedad.

A continuación exponemos la opinión de **Opie** y colaboradores, quienes expresan: “La difusión de la tuberculosis en una colectividad, es fundamentalmente el resultado de una epidemia familiar que avanza lentamente y con frecuencia, la enfermedad es transmitida por contacto directo de una a otra generación”. (14).

(13) **Bouroncle C. Alfonso** ‘EDAD Y TUBERCULOSIS’ Rev. de Tuberculosis y Enfermedades, Resp. XVII: 45,243, Julio -Diciembre 1957, Lima.

(14) **Bouroncle C. Alfonso** “CALCULO DE LA TENDENCIA Y CURVA EXPONENCIAL DE LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN LAS PRINCIPALES CIUDADES PERUANAS” Rev. Per. de Salud Púb. IV: 7, 3 Noviembre - Diciembre 1955, Lima.

INFORMACIONES SOCIALES

En el análisis del material existente sobre morbilidad, el mayor aporte lo tenemos del Dispensario de Arequipa y en menor proporción de los de Tacna y Mollendo. (15). (Véase el cuadro N° 15). Estas cifras de por sí bastante elevadas, hay que tomarlas en forma relativa por ser expresiones de una muestra altamente seleccionada, como es la clientela dispensarial, que en manera alguna pueden reflejar la realidad del proceso en la población general.

En Arequipa las cifras son elevadas, porque el despistaje de sujetos sanos, es realizado exclusivamente en la Unidad Sanitaria, confluyendo al dispensario tan sólo los sospechosos y los contactos; relacionando el número de enfermos con el de examinados en la Unidad, obtendríamos cifras similares a los de otros dispensarios.

Los trabajos de **Montes, Sotelo** y en menor proporción **Abrijo**, nos muestran la magnitud del problema en algunas colectividades. Estos informes aunados a los anteriores, nos permiten concluir que la morbilidad tuberculosa es bastante elevada en la región que se va a trabajar.

En relación a la distribución de la enfermedad por sexo, grupos de edad, tipo de agrupación, relación o vínculo con la ocupación, etc., prácticamente desconocemos todo ello, por no existir trabajos ni informaciones al respecto; tenemos tan solo lo realizado por la Unidad Sanitaria de Arequipa. (Véase el cuadro N° 16).

Observamos, "que la mayor acentuación de la enfermedad, corresponde al primer año de vida y al grupo de 5 a 9 años; decrecen los índices permaneciendo casi estacionarios para incrementarse a partir de los 50 años, ahora bien, si esta cifra la analizamos en relación a su distribución por sexos, tenemos que a partir de los 15 años existe marcado predominio de la enfermedad en los varones, en relación a las mujeres; igualmente observamos tres brotes bien acentuados entre los varones en los primeros 20 años y que estarían en relación a la convergencia de dos factores: inmunidad disminuída (tanto la filogenética, como la adquirida) e incremento de la probabilidad del contagio, tanto en el co-

(15) Departamento de Epidemiología de la División de Tuberculosis-Bouroncle C. Alfonso.

"MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR T.B.C. EN LAS PRINCIPALES CIUDADES PERUANAS" 1952, Lima.

"MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR T.B.C. EN LAS PRINCIPALES CIUDADES PERUANAS" 1953, Lima.

"ALGUNOS ASPECTOS ESTADÍSTICOS SOBRE TUBERCULOSIS Y DEMOGRAFÍA GENERAL" 1954, Lima.

"ALGUNOS ASPECTOS ESTADÍSTICOS SOBRE TUBERCULOSIS" 1955, Lima.

"ALGUNOS ASPECTOS ESTADÍSTICOS SOBRE TUBERCULOSIS" 1956, Lima.

"INFÓRME DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIVISIÓN DE TUBERCULOSIS CORRESPONDIENTE AL AÑO 1957" 1957, Lima.

"ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y ESTADÍSTICOS SOBRE TUBERCULOSIS" 1958, Lima.

INFORMACIONES SOCIALES

 MORBILIDAD DISPENSARIAL E INDICE DE INFECCIOSIDAD
Años 1950 — 1958

Cuadro Nº 15

Años	Nº de Examinados	Enfermos Confirmados	T.E.C. %	Reactores Positivos	%
AREQUIPA					
1950	3502	594	19.9	—	—
1951	3351	595	17.7	—	—
1952	2823	632	22.4	1449	51.3
1953	2675	551	20.6	1515	56.6
1954	2419	529	21.9	1626	67.2
1955	3199	593	18.5	1432	44.8
1956	3007	641	21.3	1122	37.3
1957	1141	618	54.2	942	82.5
1958	1405	666	47.4	1293	92.0
T A C N A					
1950	1643	235	14.3	—	—
1951	2402	298	12.4	—	—
1952	1625	280	17.2	963	59.3
1953	3368	236	7.0	1529	45.4
1954	2268	203	8.9	1144	50.4
1955	2621	211	8.1	1140	43.5
1956	1263	721	5.7	—	—
M O L L E N D O					
1957	1840	110	5.9	1442	78.4
1958	1602	145	9.2	1398	87.3

Cuadro confeccionado en base a los partes mensuales de los respectivos Dispensarios (15).

legio como en los centros de trabajo, en donde parece que la exposición al riesgo es elevada y permanente, que cuando a bajos niveles de vida dependientes del estado económico del medio, establece el aumento de la morbilidad". (Véase los cuadros Nos. 17 a 20).

En relación a la extensión de los procesos, tenemos por la información dispensarial (15), que las formas predominantes son las moderadamente avanzadas, siguiendo los procesos mínimos; en cuanto a la baciloscopia, existe un alto porcentaje de las formas abiertas, el cual debe estar en aumento, ya que los informes registrados corresponden tan sólo a la primera observación del esputo.

No tenemos información de si los casos descubiertos corresponden a formas de primo-infección o reinfección, a pesar de la trascendencia que tiene ello para la determinación de las primo-infecciones en los adultos. Solamente existe en nuestro medio un trabajo (16), y en él se expresa que por lo menos una quinta parte de los enfermos adultos, que fueron estudiados y fallecieron por tuberculosis, correspondían anatómicamente a primo-infecciones evolutivas, igualmente Cam-

(16) Campos Rey de Castro, Jorge "PATOLOGIA DE LA INFECCION TUBERCULOSA PRIMARIA EN EL ADULTO" Rev. de Tbc. XI: 32-33, 1, Enero - Diciembre 1951, Lima

INFORMACIONES SOCIALES

 MORBILIDAD TUBERCULOSA EN LA UNIDAD SANITARIA
DE AREQUIPA

PERIENIO : 1954 — 1955 — 1956 (13)

Cuadro N°. 16

Grupo de Edad	H	M...	TOTAL
Menos de 1 año	22.0	18.2	20.0
1 — 4	5.5	8.9	6 8
5 — 9	10.2	20.2	14 3
10 — 14	6.6	7.6	6.9
15 — 20	11.7	3.9	8.3
21 — 25	5.6	2.9	4.2
26 — 30	7.1	3.7	5.2
31 — 35	8.5	3.7	5.6
36 — 40	7.9	4.5	5.8
41 — 45	8.6	3.8	5.7
46 — 50	8.7	6.2	7.6
51 — 55	9.7	1.6	4.8
56 — 60	21.1	6.4	12.1
61 y más	15.5	6.2	10.5

pos señala que los pacientes de raza indígena, tendrían mayor labilidad para desarrollar formas evolutivas de tuberculosis primaria. Lo anteriormente expuesto tiene gran importancia epidemiológica, ya que nos está indicando la poca resistencia del aborígen, lo cual agrava el problema.

Castro y Zúñiga (6 y 7), señalan en sus trabajos el fuerte porcentaje de personas procedentes de Puno, que son registrados entre los enfermos dispensariales en Arequipa y Tacna, esto nos plantea un interrogante: ¿El poblador del Altiplano ha contraído la enfermedad en sus lares nativos y migrado en esa forma, o es en su nueva residencia que recién la adquiere, por la agresión que sufre en su nuevo ambiente?; este interrogante es de trascendencia en nuestro país, por la constante migración del poblador andino sobre la costa y selva; su conocimiento permitirá adoptar las medidas profilácticas correspondientes, considerando sobre todo que el país vive distintas etapas epidemiológicas, siendo los pobladores andinos y los de regiones apartadas los que pagan el mayor tributo a la enfermedad, al ponerse en contacto con los centros de atracción migratoria o al recibir el impacto del germen en sus colectividades de origen.

Por el pequeño aporte que tenemos en el conocimiento de la morbilidad de zona, podemos tomar como base (17) que la morbilidad en el medio urbano corresponde a 2.34%, en el medio rural a 1.17% y en general para el país 1.4% —porcentaje obtenido por potenciación— estas cifras son las que tienen que servir de asidero inicial, para el cálculo del volumen de enfermos que pensamos encontrar y que referidos a la población serían: 16.557 enfermos.

(17) Bouroncle C. Alfonso "ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EPIDEMIOLOGIA DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERU" I Vol. Págs. 106. 1954, Lima.

A R E Q U I P A . — 1958
CLASIFICACION DE LOS ENFERMOS DESCUBIERTOS POR
GRUPO DE EDAD, SEXO Y LESION — CIFRAS ABSOLUTAS

Cuadro N° 17

GRUPO DE EDAD	Mínima		Mod. Avanzada		Muy Avanzada		Total Grupo y Sexo	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Menos de 1	2	-	1	1	-	-	3	1
1 — 4	9	6	16	12	1	1	26	19
5 — 9	22	8	24	16	2	3	48	27
10 — 14	15	8	14	6	4	4	33	18
15 — 19	13	9	41	23	15	12	69	44
20 — 24	16	12	57	23	12	6	85	41
25 — 29	3	10	24	17	7	8	34	35
30 — 34	3	3	18	8	5	1	25	12
35 — 39	2	5	12	7	6	4	20	16
40 — 44	-	2	7	12	5	-	12	14
45 — 49	2	3	6	6	3	2	11	11
50 — 54	-	2	6	5	3	3	9	10
55 — 59	-	-	6	1	1	-	7	1
60 — 64	1	1	3	1	2	2	6	4
65 — 69	-	2	3	1	4	-	7	3
70 — 74	-	-	2	2	-	-	2	2
75 — 79	1	-	2	-	2	-	5	-
80 — 84	1	-	-	-	-	-	-	-
85 — 89	-	-	-	1	-	-	-	1
90 y más	-	-	-	-	1	-	2	-
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-
Tot. p. Sexo	90	71	242	142	73	46	405	259
Tot. p. Lesión	161		384		119		664	

M O L L E N D O

CLASIFICACION DE LOS ENFERMOS DESCUBIERTOS POR
GRUPOS DE EDAD, SEXO Y LESION CIFRAS ABSOLUTAS. (15)

Cuadro N° 18

GRUPO DE EDAD	Mínima		Mod. Avanzada		Muy Avanzada		Total Grupo y Sexo	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Menos de 1.	-	-	-	-	-	-	-	-
1 — 4	5	3	-	-	-	-	5	3
5 — 9	4	10	-	1	-	1	4	12
10 — 14	6	2	-	1	1	1	7	4
15 — 19	4	6	4	3	-	-	8	9
20 — 24	10	2	7	5	2	2	19	9
25 — 29	2	1	6	7	-	-	8	8
30 — 34	1	2	5	1	1	2	7	5
35 — 39	-	-	2	5	2	2	4	7
40 — 44	-	-	2	2	-	-	2	2
45 — 49	1	1	2	4	2	1	5	6
50 — 54	-	-	1	-	1	-	2	-
55 — 59	-	-	1	-	2	-	3	-
60 — 64	-	-	1	-	-	1	1	1
65 — 69	-	1	1	-	2	-	3	1
70 — 74	-	-	1	-	1	-	2	-
75 — 79	-	-	-	-	-	-	-	-
80 — 84	-	-	1	-	-	-	1	-
85 — 90	-	-	-	-	-	-	-	-
90 y más	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-
Tot. p. Sexo	33	28	34	29	14	10	81	67
Tot. p. Lesión	61		63		24		148	

INFORMACIONES SOCIALES

**BACILOSCOPIA EN LOS ENFERMOS DESCUBIERTOS EN EL
DISPENSARIO DE AREQUIPA (15) AÑO 1958 CIFRAS ABSOLUTAS**
Cuadro N° 19

	Mínima		Mod. Avanzada		Muy Avanzada		Total	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Ignorado	50	38	80	60	9	11	139	109
Positivo	3	2	78	30	46	28	127	60
Negativo	37	31	84	52	18	7	139	90
TOTAL	90	71	242	142	73	46	405	259

**BACILOSCOPIA EN LOS ENFERMOS DESCUBIERTOS EN EL
DISPENSARIO DE MOLLENDO (15) AÑO 1958 CIFRAS
ABSOLUTAS**
Cuadro N° 20

	Mínima		Mod. Avanzada		Muy Avanzada		Total	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Ignorado	23	21	3	2	1	1	27	24
Positivo	6	5	31	27	13	9	50	41
Negativo	4	2	—	—	—	—	4	2
TOTAL	33	28	34	29	14	10	81	67

CALCULO DE ENFERMOS
Cuadro N° 21

Población	Población Calculada	Indice de Morbilidad calculado	Total Enfermos calculados
Urbana	247,457	2.3	5,691
Rural	928,800	1.1	10,866
TOTAL	1,176,257		16,557

Contactos 4 por enfermo = 66,228

Se debe considerar cuatro contactos por enfermo, lo cual nos daría 66,228 contactos que sumados a los enfermos, arroja 82,785 personas que necesitan de tratamiento.

MORTALIDAD.— La inexistencia de una adecuada organización y capacitación del personal en las oficinas de Registro Civil, y el hecho que la oficina centralizada de la Dirección Nacional de Estadística y la de Bio-Estadística, funcionan simplemente como entes recopiladores de informaciones, sin tratar de comprobar la validez o veracidad de éstas, sin procurar mejorar las fuentes de información u orientarlas hacia fi-

INFORMACIONES SOCIALES

**TASAS DE MORTALIDAD TUBERCULOSA EN LAS PRINCIPALES
CIUDADES DEL AREA Y EL PAIS
TASA POR 100,000 HAB.**
Cuadro Nº 22

AÑOS	Arequipa	Juliana	Mollendo	Moquegua	Puno	Tacna	PERU
1922			358	482	134		
1923			369	967	193		
1924			542	921	193		
1925			609	1185	294		
1926			348	1229	238		
1927			250	1157	258		
1928			309	622	245		
1929			286	1154	194		
1930			393	1408	212	1073	
1931	474		318	1214	127	1013	
1932	377		228	1047	197	903	
1933	357		202	504	194	934	
1934	409		149	1087	198	710	
1935	336		234	815	146	960	
1936	339		280	667	176	657	
1937	350		273	862	245	783	
1938	515		281	976	239	730	
1939	485		273	760	253	700	
1940	379		211	783	219	1013	189
1941	473		200	803	266	1112	214
1942	453		158	774	266	837	203
1943	494		170	798	211	1094	227
1944	457		189	788	350	933	216
1945	418		164	896	244	625	207
1946	387		244	843	233	765	212
1947	442		137	745	236	816	213
1948	504		410	527	186	883	219
1949	459		514	410	171	649	193
1950	354		370	490	189	542	163
1951	402		322	463	195	576	154
1952	297		289	326	176	598	127
1953	207		195	151	221	439	89
1954	176	259	165	266	197	366	111
1955	186	213	201	—	193	483	—
1956	187	268	228	—	197	366	—

Tasas calculadas en base a la información directa de la Oficina de Registro Civil y la población calculada por nuestro Departamento. Para los años 1954 — 1955 — 1956, por falta de información directa, hemos tomado las cifras publicadas en los Boletines Bio-estadísticos.

nes específicos son cuestiones grandemente significativas; seguidamente, las informaciones que recogen son referidas a una población calculada matemáticamente en base al censo de 1940 en conexión con censos previos, ajustándola al crecimiento vegetativo y migratorio.

Todo lo anteriormente expuesto determina que el conocimiento

INFORMACIONES SOCIALES

sobre mortalidad sea escaso, que en los últimos años por las reorganizaciones habidas, estas informaciones no existan o sean de dudosa aplicación, ya que no reflejan el fenómeno, por lo menos en lo que a mortalidad por tuberculosis se refiere.

La exposición que hacemos es aprovechando un material ya publicado (14), en donde utilizamos la información de las Oficinas de Registro Civil, obtenidas directamente y relacionadas a la población calculada en base al censo de 1940 en conexión con censos previos, ajustándola al crecimiento vegetativo y migratorio.

En el cuadro N° 22 observamos que la mortalidad decrece progresivamente hasta 1954, para de ahí subir nuevamente. Esta tendencia en la mortalidad por tuberculosis, de incrementarse en los últimos años, ha sido observada en diferentes países y localidades, pensándose que es la resultante de la resistencia progresiva del B. K. que va desarrollando a los antibióticos en uso.

Las cifras expuestas son más altas que las que corresponden al país; por otro lado, son parangonables con las más elevadas en el Mundo.

En relación a la mortalidad distribuida por grupos de edad y sexo, tenemos tan sólo un cuadro (N° 23) que confeccionamos en el año 1954 (13), en él apreciamos el predominio de la mortalidad en los primeros años de vida, sufre un alza de los 15 a 19 años, para luego desde los 25 subir progresivamente (19) (20) con mayor acentuación en los varones; este cuadro debe ser usado tan sólo como elemento referencial, ya que no hay ningún elemento de juicio que nos induzca a pensar que el fenómeno en el Area Sur sigue esta tendencia. A continuación presentamos el cuadro en referencia:

Nuevamente queremos señalar, que las cifras de mortalidad son de relativo valor para el conocimiento de una afección, en especial Tuberculosis; en ninguna publicación señalan el por qué se han producido los decesos y nos preguntamos: ¿Falta de atención hospitalaria?, ¿Diagnóstico tardío?, ¿Condiciones ambientales injuriantes?, ¿Problemas sociales y económicos insolubles?, etc., etc. Mientras no conozcamos en cada caso la influencia de estos factores sobre las defunciones, no podemos tomar la suma de estos como expresión del problema, ya que tan sólo nos expone una etapa final.

El estudio de la letalidad referida a grupos de edad y sexo, tipo de colectividad, ambiente, etc., nos llevaría a conocer con mayor aproximación la magnitud y gravedad de la infección por ser un elemento diná-

-
- (19) **Oficinas de Registro Civil.**— Informes de las defunciones en general y por tuberculosis de 1922 a 1953 de las siguientes ciudades: Abancay, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Chachapoyas, Chiclayo, Chincha, Huacho, Huancavelica, Huaraz, Ica, Iquitos, Jauja, Lima, Mollendo, Moquegua, Moyobamba, Pisco, Puno, Sullana, Tacna, Talara, Trujillo, Tumbes.
- (20) **Proyecto Cooperativo de Bio-Estadística.**— Cavanaugh Joseph H, y Téllez Z. Oscar: "DEMOGRAFIA EN LAS PRINCIPALES CIUDADES PERUANAS" Correspondiente a los años 1955, 1956 y 1957, Lima.

INFORMACIONES SOCIALES

MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS DISTRIBUIDA POR EDAD Y SEXO. TASA POR 100,000 HAB. AÑO 1954

Cuadro N° 23

Grupo de Edad	Hombres	Mujeres	TOTAL
Menos 1	55.8	50.7	53.3
1 — 4	54.2	56.7	55.4
5 — 9	17.3	15.8	16.6
10 — 14	12.8	18.0	15.2
15 — 19	38.2	40.3	39.2
20 — 24	26.5	55.7	56.1
25 — 29	58.2	58.0	55.5
30 — 34	60.2	50.4	55.3
35 — 39	51.5	45.3	48.3
40 — 44	75.3	48.2	61.6
45 — 49	79.6	66.1	72.7
50 — 54	142.6	66.1	102.6
55 — 59	123.9	44.9	82.1
60 — 64	134.0	71.3	106.4
65 — 69	127.3	74.1	101.3
70 — 74	225.5	79.1	139.0
75 y más	167.0	104.0	130.0

mico expresivo, establece la conexión de los enfermos con sus defunciones y no de estas con la población general, como sucede en la actualidad en la elaboración de las tasas de mortalidad, pasando por alto en el cálculo, el factor decisivo del proceso que son los enfermos.

En relación al estudio de la letalidad, por el momento es imposible la realización de dicho trabajo, ya que no podemos relacionar las defunciones con su grupo de enfermos existentes en la población general. En el medio hospitalario es factible dicho cálculo, pero ello en manera alguna es representativo del problema de la colectividad.

Conclusiones del Capítulo

- 1º—La infección en el área, es alta, precoz y prevalente.
- 2º—La enfermedad es prevalente y con índices elevados de incidencia.
- 3º—Existe muy pequeña información sobre mortalidad, para poderse pronunciar sobre ella, pero inferimos que sea elevada.
- 4º—Las localidades se encuentran en diferentes fases epidemiológicas.
- 5º—Existe predominio de la enfermedad en las áreas urbanas sobre las rurales.
- 6º—Por el momento no es posible estudiar el potencial de difusión de la enfermedad, ni su tendencia.
- 7º—El número probable de enfermos será de 16,557 y el de contactos 66,228, requiriendo tratamiento 82,785 personas.

CAPITULO III. — RECURSOS SANITARIOS

En el presente capítulo se analizan los recursos sanitarios existen-

INFORMACIONES SOCIALES

tes en el área, para ello comenzaremos por el elemento fundamental, que es el Médico, para continuar con los organismos existentes.

MÉDICOS.— En toda la zona a trabajarse existen en la actualidad, no más de 200 a 220 médicos en ejercicio de la profesión; agrupados en dos centros: Arequipa y Tacna sumando en ambas ciudades aproximadamente 160 médicos, lo que daría de 75 a 80% del total de profesionales de las trece provincias, existiendo en algunas de ellas como Sandia tan sólo un profesional, que generalmente es el Médico Sanitario de la localidad. Como se aprecia para 1'200,000 personas, existen 200 a 220 facultativos o sea el 16% al 18% del requerimiento mínimo necesario, si partimos de la base de un médico por cada mil habitantes, tal como se acepta mundialmente; ahora, este porcentaje varía enormemente de una población a otra si consideramos el grado de concentración y dispersión, presentado sólo Arequipa y Tacna una concentración adecuada. Este problema se agudiza si consideramos el número de especialistas en afecciones tuberculosas y respiratorias, existiendo por el momento únicamente once de ellos repartidos: ocho en Arequipa, dos en Tacna y uno en Mollendo, quedando toda la población andina al margen de especialistas.

UNIDADES SANITARIAS.—Existen tres en Arequipa, Puno y Tacna, encontrándose en diferentes grados de estructura y funcionamiento, siendo la mejor organizada la de Tacna, que en este momento sirve como centro de ensayo; a esta Unidad está incorporado el Departamento de Moquegua. Las Unidades serían los elementos que en forma estrecha, deberán colaborar con el desarrollo del programa para ulteriormente hacerse cargo de él, para lo cual será necesario que todo el personal que posteriormente labore en la campaña, sea incorporado en forma total a ella sin perder el vínculo administrativo con su Unidad de origen. De esta manera, todo el personal estaría bajo una sola dirección, evitándose la dualidad de directivas y criterios al igual que la dispersión de trabajo.

En esta incorporación al programa consideramos no sólo al personal técnico y administrativo, que actualmente labora en la lucha antituberculosa, sino también a todo el material en uso; esta es la única manera como al terminarse la campaña, las Unidades Sanitarias al reintegrar a su personal podrán continuar con el programa.

DISPENSARIOS ANTITUBERCULOSOS.—Existen dos Dispensarios, uno en Arequipa y otro en Tacna; en Mollendo existe una pequeña Unidad de lucha en el Hospital "El Carmen", en colaboración con este personal trabaja el de las Unidades Sanitarias, dedicadas al despistaje de colectividades. (Véase cuadro N° 24).

HOSPITALES.—Existen 10 hospitales en funcionamiento con 1,626 camas y dos en construcción con aproximadamente 1,200; de estos 10 hospitales, tan sólo el "Hipólito Unánue" de Tacna, reúne todo lo necesario para su normal desenvolvimiento. Los Hospitales Obrero y Goyeneche de Arequipa, al igual que el de Camaná, trabajan con relativa eficiencia por las limitaciones de organización, recursos o material

INFORMACIONES SOCIALES

con que cuentan. Los otros hospitales del área presentan serios tropiezos en su desarrollo, por la falta de recursos y lo arcaico de sus edificios e instalaciones, en donde las improvisaciones para subsanar deficiencias son frecuentes.

DISPENSARIOS ANTITUBERCULOSOS
Cuadro N° 24

Dispensario	Total Consultorios	CONSULTORIOS			N° de Médicos
		Hombres	Mujeres	Niños	
AREQUIPA	3	1	1	1	5
TACNA	3	1	1	1	2
MOLLENDO	2	1		1	1

Como se aprecia la realidad hospitalaria de la zona es seria, por lo cual, la campaña contará con muy poca ayuda de los hospitales actualmente en uso. (Véase el cuadro N° 25).

En Arequipa existen dos nuevos nosocomios en construcción, uno para el Seguro del Empleado, con aproximadamente 400 camas y el otro de 800 para la lucha antituberculosa. Este último hospital que próximamente entrará en funcionamiento, cuenta con los últimos adelantos, lo cual permitirá que se convierta en el centro asistencial, sobre todo en lo que a cirugía respecta, igualmente ahí se realizarán los exámenes y análisis especializados, que no puedan ser efectuados en el terreno.

Los hospitales en funcionamiento y Unidades Sanitarias, cuentan en la actualidad con diez aparatos de Rayos X, que se distribuyen:

- Arequipa 4 : 1 en el Hospital Goyeneche.
1 en el Hospital Obrero.
1 en la Unidad Sanitaria con Foto-radiografía.
1 en el Instituto de Salud Ocupacional con Foto-radiografía.
- Mollendo 1 : Equipo pequeño en el Hospital "El Carmen".
- Camaná 1 : En el Hospital.
- Mcquegua 1 : De poca potencia, en el Hospital.
- Tacna 2 : Ambos en el Hospital "Hipólito Unánue", uno de ellos con dispositivo de Foto-radiografía.
- Puno 1 : De 100 MA. en el hospital de Beneficencia.

De estos equipos, si bien todos pueden usarse en el control de enfermos y contactos, tan sólo tres serán de positiva utilidad; los de foto-radiografía que deben de ser empleados al máximo de su capacidad y dentro del esquema de trabajo que el programa les fije. En uno de ellos, el de Salud Ocupacional, habría que arreglar su ritmo de trabajo para que no interfiera con su labor rutinaria. Al equipo de la Unidad Sanitaria de Arequipa, habría que cambiarle el dispositivo de cámara, de 30 mm. a 70 mm., que es el tamaño de las películas que se usarán y de esa manera homogenizar el sistema.

Por lo anteriormente expuesto, los recursos sanitarios del área son pobres, tanto en personal como en instalaciones y material, por lo cual

HOSPITALES EN SERVICIO EN LAS TRECE PROVINCIAS

CUADRO Nº 25

Nombre del Hospital	Institución a que pertenece o controla	Ciudad	Departa- mento	Nº de Camas	Medi- cina	Ciru- gía	Mater- nidad	Hom- bres	Mu- jeres	Ni- ños	Médi- cos	Rayos X	
												Radio- copia	Radio- grafía
Goyeneche	Beneficencia	Arequipa	Arequipa	657	415	252	41	301	319	88	39	sí	sí
Hosp. Chivay (Provisional)	Beneficencia	Chivay	Arequipa	12	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Hosp. Obrero	C.N.S.S.	Arequipa	„	133	66	28	12	69	37	—	25	sí	sí
Hosp. “El Carmen”	Beneficencia	Mollendo	„	145	60	16	17	22	20	10	14	sí	sí
Camaná (Nuevo Hospital)	Ministerio de Salud Pública	Camaná	„	59	12	13	6	16	9	10	4	sí	sí
San Juan de Dios	Beneficencia de Moquegua	Moquegua	Moquegua	83	74	5	4	49	26	8	3	sí	sí
San Jerónimo	Beneficencia de Ilo	Ilo	Moquegua	15	—	—	4	7	4	—	1	—	—
San Juan de Dios	Beneficencia	Puno	Puno	146	112	24	10	87	59	—	7	sí	sí
Hosp. Crónico San Ramón	Ministerio de Salud Pública	Tacna	Tacna	157	146	—	—	76	70	11	3	sí	sí
Hosp. Regional Centro de Salud “Hipólito Unanue”	Ministerio de Salud Pública	Tacna	Tacna	289	46	46	12	113	91	85	21	sí	sí
Total de camas				1,696									

INFORMACIONES SOCIALES

la campaña debe disponer de todos sus recursos y orientar su ejecución sobre la base de la atención ambulatoria y domiciliar, para los enfermos que se descubran.

CAPITULO IV.— PLAN DE TRABAJO

La parte ejecutiva de la campaña, consta de tres partes:

1º.— Fase preparatoria del terreno mediante un programa de instrucción sanitaria.

2º.— Examen tuberculino - radiológico de la población, complementado por un programa de vacunación BCG en todos los tuberculosos negativos

3º.— Aislamiento, tratamiento y control de todos los casos, y tratamiento y control de sus contactos.

La metodología del trabajo podrá variar de acuerdo a las características propias de cada localidad, en base principalmente a sus recursos médicos, pero las fases del trabajo son inmutables.

El trabajo no podrá ser ejecutado simultáneamente en toda el área sino que se desarrollará progresivamente en una zona; ello no quita que de acuerdo a los recursos de equipos fijos o móviles de aparatos de foto-radiografía, pueda simultáneamente trabajarse en dos o más localidades.

Antes de seguir con la pormenorización del plan de trabajo, debemos señalar que la División de Tuberculosis, desde Lima, tendrá a su cargo la supervisión técnico-normativa. La campaña en su ejecución tendrá su jefatura y centro de operaciones en la ciudad de Arequipa, las razones de esta medida son: 1º Dicha ciudad es el centro geográfico y de comunicaciones del área; 2º En pocos meses más entrará en funcionamiento el Hospital de Toráx, con 800 camas, que efectuará el mayor volumen de la cirugía torácica, además, en sus modernos laboratorios se ejecutarán los análisis especializados, al igual que en la parte bacteriológica, las inoculaciones y cultivos; 3º en dicha localidad es fácil encontrar personal capacitado para las labores de archivo y secretaría.

En cada capital de provincia —12 excluyendo Arequipa— la campaña tendrá un local que servirá como Oficina Provincial, centro de aprovisionamiento e incluso como alojamiento para el personal en su labor de inspección, debido a que en esas latitudes es casi imposible encontrar hospedaje.

EDUCACION SANITARIA.— La campaña debe iniciarse con el desarrollo de un programa de Educación Sanitaria, que en forma razonada e intensiva prepare el terreno para la aceptación del examen por las colectividades, al igual que los tratamientos que se instituyan.

Partiendo de la base que: “Educación Sanitaria es el arte de aplicar un conjunto de conocimientos básicos, como medio o forma de que la gente adquiera información, desarrollen actitudes y cambien su com-

INFORMACIONES SOCIALES

portamiento en cuanto atañe a su salud", (21) esto considerado como un todo, el programa debe desarrollar un aspecto parcial de él, señalándolo con caracteres precisos y específicos en función a las necesidades de la campaña, pero esto no excluye que simultáneamente deberán irradiar su acción sobre otros problemas de salud.

Definición del Problema.— Lo podemos enunciar: Interesar a las colectividades en el problema de tuberculosis e indicarles la forma como puede ser resuelto, y que para ello es necesario:

1º.— Acudir al examen tuberculino-radiológico e incitar a los grupos de sus colectividades para que también lo hagan.

2º.— Cuidar que los tratamientos establecidos en su grupo se cumplan, y

3º.— Solucionar en forma mancomunada y colectiva los problemas del grupo que los lleve a la elevación de sus niveles de vida.

Cómo resolverlo.— Es en este punto, donde los técnicos de Educación Sanitaria deberán, en base a las características antropológicas de las colectividades, su grado de dispersión, con características culturales e idiomáticas, estructurar un programa que contemple los fines específicos y los generales de la campaña, sin olvidar: "a) que cada clase **crea** y defiende distintos valores y cada una tiene distinta actitud ante la educación; b) que cada clase tiende a rechazar a los que están en otra clase, y c) los miembros de cada clase tienen diferentes modos de llevar y manejar su vida" (22), igualmente "es importante para cada uno familiarizarse con la naturaleza de las culturas y formas de vida de otros; sus propósitos y fines en la vida, sus valores, creencias, tradiciones, costumbres y sus relaciones con la salud y la enfermedad".

"Es necesario saber mucho más acerca de los objetivos por los cuales la gente se esfuerza y lucha; es también necesario comprender mejor los aspectos de la vida que no tienen valor ni significado para ellos" (22).

Al momento de instruir, los instructores, por otro lado, deberán recoger toda la información etnológica y antropológica posible; igualmente deben estar prevenidos para orientar a la gente en el sentido de que el programa es de carácter específico y trata de solucionar un sólo problema, no los problemas médicos en general, ya que la población al acudir a sus exámenes, puede solicitar otro tipo de exámenes médicos, que al ser rechazados pueden determinar en el público, la pérdida del interés o confianza en el examen, ya que los equipos no le solucionan su problema médico inmediato. No debemos olvidar que en la mayor parte de la población del área a trabajarse, por encima del criterio del médico, prima el del empírico.

Ejecución.— Para la ejecución del programa de educación sanitaria

-
- (21) **Burton John** "METODOS Y MEDIOS DE EDUCACION SANITARIA" 11 págs. Publicado por la Div. de Educación para la Salud, S. C. I. Lima.
- (22) **Skinner May Lou y Derryberry Mathew** "EDUCACION SANITARIA PARA PACIENTES EXTERNOS" Publicación del Depto. de Educación Sanitaria S.C.I.S.P., Bogotá.

INFORMACIONES SOCIALES

ria, que estará a cargo de antropólogos especializados, se deberán emplear todos los recursos que cada zona o colectividad pueda aportar, igualmente el personal del Magisterio debe, en forma especial, ser entrenado para que secunde en la tarea.

El método del trabajo, así como los materiales a emplearse, son de responsabilidad de los instructores, que como técnicos y en base a las experiencias recogidas anteriormente, sabrán emplear los materiales y sistemas que mejor convengan en cada oportunidad, teniendo presente que: "las motivaciones y las resistencias constituyen factores emotivos de la persuasión. La gente debe sentir que el proceder recomendado es plausible y no choca demasiado con sus creencias y costumbres" (21).

Igualmente se deben de tener presente (23) los siguientes factores, tales como:

- 1º.— "Características culturales del país, región o comunidad, costumbres, hábitos, creencias, etc."
- 2º.— "Objetivos generales o específicos del programa".
- 3º.— "Habilidades de las personas responsables de la labor educativa, incluyendo no sólo la preparación académica, sino también las actitudes y características de esta clase de trabajo".
- 4º.— Los recursos con que se cuenta"

Los educadores fijarán el tiempo intermedio entre el inicio de su labor y la específica del programa, que debe no ser mayor a dos meses.

Simultáneamente a la realización del programa de educación sanitaria, la jefatura del programa efectuará reuniones con las autoridades y elementos representativos locales, al igual que ubicar y reunirse con los líderes de las colectividades para expresarles el plan de trabajo y sus objetivos, interesarlos y pedirles su colaboración y ayuda.

Examen tuberculino-radiográfico y vacunación con BCG.— Antes de presentar el plan de trabajo, es necesario analizar los diferentes métodos que pudieran adoptarse y que son:

1º—Examen tuberculino-radiográfico a toda la población y vacunación BCG en los reactores negativos —intradérmico u oral—, este método es el más completo, ya que permitiría el examen íntegro de las colectividades, pero demanda un mayor personal y consumo de materiales.

2º—Foto-radiografía y BCG —método indiscriminado— sin pruebas tuberculínicas, que tan sólo se realizarían en el 10% de los examinados y tomados al azar para determinar los índices de infecciosidad; este método tiene la ventaja de que la protección biológica llegaría a todos, pero para ello es necesario adoptar la vacuna por vía oral y a fuerte concentración de bacilos —en las localidades de fácil control, se adoptaría el sistema de vacunación concurrente con menores dosis de bacilos, 100 o 200 mgr. por dosis—, igualmente se requere-

(23) **Zalduendo, María** "APLICACION DE METODOS DE EDUCACION HIGIENICA EN LAS ZONAS RURALES DE LA AMERICA LATINA" XIV Conferencia Sanitaria Panamericana. VI Reunión Comité Regional de Santiago, Chile, Octubre, 1954.

INFORMACIONES SOCIALES

ría de menor personal técnico, ya que la administración de la vacuna puede ser efectuada por cualquier persona de criterio y responsabilidad y despertaría menor resistencia de la población al uso de inyectables; la desventaja estaría en la necesidad de contar con un laboratorio de preparación de vacunas, capaz de proporcionar grandes dosis de ésta. Por otro lado el transporte determinaría fuertes gastos, —mientras no se prepare la vacuna por el método liofilizado—, por el volumen que presenta y sería transportada en termos especiales, con el correspondiente recargo de peso.

3°—Examen tuberculínico previo, los reactores positivos pasarían por el examen foto-radiográfico y los negativos recibirían la vacunación; este método tiene como ventaja el ahorro de material radiográfico, pero presenta el gran inconveniente de que mucha gente no acude oportunamente a sus controles, quedando prácticamente nulo, además la patología torácica no tuberculosa de los reactores negativos quedaría ignorada.

Estos tres métodos pueden ser adoptados simultáneamente en diferentes localidades, para establecer cual es el que mejor conviene adoptar de acuerdo a las características de la población; igualmente, las autoridades sanitarias locales, como las de los organismos centrales, deben sugerir en base a las experiencias recogidas, cuáles son los métodos que mejor conviene en cada caso particular, antes de adoptar disposiciones definitivas.

En cuanto a la foto-radiografía, tuberculina y BCG, analizaremos separadamente cada una de estas pruebas, independientemente del método que se emplee.

FOTO-RADIOGRAFIA.— Consideramos que el trabajo debe cubrir, del 70 al 80% de la población; hemos efectuado los cálculos a la última cifra o sea que tendríamos 941,006 personas para ser examinadas; este porcentaje puede fluctuar de una provincia a otra y así tenemos que en Sandía, probablemente sólo se cubra un 40 a 50% por la dificultad en el transporte de los equipos, por carecer de carreteras muchos de sus distritos; mientras en Mariscal Nieto, la cifra calculada puede ser ampliamente sobrepasada por el crecimiento del puerto de Ilo y la concentración humana en los centros mineros; en lineamientos generales podemos decir: que en las ciudades el porcentaje puede sobrepasar lo previsto y disminuir en las zonas rurales.

Hemos deducido el 80% de la población general estimada, que es la que nos servirá de base para el cálculo del rendimiento de los equipos en trabajo. (Véase el cuadro N° 26).

El examen foto-radiográfico se efectuará en forma sistemática, progresiva y escalonada, tanto por los equipos fijos, como por los móviles; como este trabajo no se ha de realizar con un número fijo de equipos, sino que serán incrementados en el tiempo, presentamos el programa en función de él.

PRIMER AÑO.—Se trabajará con tres equipos fijos y dos o tres móviles.

Equipos fijos: Arequipa 2, Tacna 1.

INFORMACIONES SOCIALES

80% DE LA POBLACION CALCULADA

Cuadro Nº 26

AREQUIPA	Arequipa	180,453	
	Cailloma	38,574	
	Camaná	14,272	285,515
	Caravelí	17,272	
	Islay	34,939	
MOQUEGUA	Mariscal Nieto	24,198	24,198
TACNA	Tacna	29,518	51,015
	Tarata	21,497	
PUNO	Puno	160,562	
	Chucuito	173,828	
	Huancané	152,220	580,278
	Sandia	50,606	
	San Román	43,062	
			941,006

Arequipa.— En esta ciudad los equipos deberán trabajar: en la Unidad Sanitaria, fuera de los 100 a 150 exámenes rutinarios que diariamente realiza en la actualidad, deberá efectuar 400 exposiciones diarias para el programa, que en 22 días de labor mensual dan 8,800 y al año 105,600; en este equipo se trabajará fundamentalmente a la población escolar, elementos que requieran el certificado de salud y población general.

El equipo del Instituto de Salud Ocupacional, con labor específica, efectuará tan sólo 250 exposiciones diarias, 5,500 al mes y 66,000 al año; por la especificidad de Salud Ocupacional, en dicho centro se examinarían a todos los centros fabriles, laborales y al elemento trabajador no agrupado, igualmente cuando el equipo fuera desplazado a algún centro fuera de la ciudad, deberá simultáneamente examinar al íntegro de la población de dicha colectividad. Como se aprecia en la ciudad de Arequipa se pueden realizar 165,000 exámenes anuales o sea el íntegro de su población, este trabajo se efectuaría todos los años, lo que permitiría tener al total de la población bajo control radiológico.

Tacna.—Con un equipo en el Hospital “Hipólito Unanue”, al margen de su labor rutinaria, practicará 300 exámenes diarios, 6,600 al mes y al año 79,200, o sea que con una capacidad de 80,000 exámenes anuales, puede perfectamente examinar al íntegro de su población, tres veces por año, incluida la población flotante. De esa manera Tacna puede convertirse en la ciudad mejor controlada del país, y hacer desaparecer sus índices de tuberculosis, que en la actualidad son los más elevados de la República.

Las dos ciudades antes citadas, son las únicas en el área que pueden tener un programa de examen y control permanente, en donde por contar con especialistas y servicios especializados, la tuberculosis puede ser eficazmente controlada.

Equipos Móviles.—En el primer año comenzarán a trabajar tres

INFORMACIONES SOCIALES

equipos, dos para despistaje y uno para control de casos y contactos; se trabajará ocho meses en la región andina y cuatro en la costa —del 15 de diciembre al 15 de abril, por el régimen pluvial en los Andes—, estos dos equipos deberán trabajar 112,600 personas y en la costa 56,549, lo cual nos daría 169,155 exámenes más los 185,000 de los equipos fijos, tendríamos 354,155 personas examinadas, de acuerdo con el cuadro siguiente:

**CANTIDAD DE POBLACION A EXAMINARSE POR PROVINCIAS
 Y AÑOS DE TRABAJO**
Cuadro N° 27

		Personas examinadas por Provincias	Saldo de Población en la Provincia
PRIMER AÑO	Arequipa	165,000	15,453
	Tacna	20,000	9,518
	Sandía	50,606	—
	Huancané	62,000	90,220
	Caravelí	17,272	—
	Camaná	14,277	—
	Islay	25,900	9,939
		<u>354,155</u>	
SEGUNDO AÑO	Arequipa	15,453	—
	Huancané	90,220	—
	Puno	134,000	26,562
	Islay	9,939	—
	Mariscal Nieto	24,198	—
	Tacna	9,518	—
	Tarata	21,497	—
	Cailloma	33,000	5,574
		<u>337,825</u>	
TERCER AÑO	Puno	26,562	—
	Chuquibambilla	173,828	—
	San Román	43,062	—
	Cailloma	5,574	—
		<u>249,026</u>	

Como se aprecia, en el cuadro que presentamos el trabajo a ejecutarse, está distribuido por los equipos fijos y móviles; en el primer año alcanzaría 354,155 exámenes y en base al 1,4% de morbilidad, que ha sido calculado para la población general, tendríamos 4,958 enfermos, y considerando cuatro contactos por enfermo, darían 19,832 contactos o sea un total de 24,790 personas que requerirán tratamiento y controles periódicos. Este volumen se desdobra en la ciudad de Arequipa, donde esperamos encontrar 2,310 enfermos y 9,940 contactos o sea 11,550 personas. En Tacna, 280 enfermos y 1,120 contactos

INFORMACIONES SOCIALES

o sea 1,400 personas, todo este volumen de enfermos y contactos han sido considerados, en base a la cifra de morbilidad para la población general, y no en relación al 2.34% de morbilidad calculada para los centros urbanos, con esta última cifra duplicaríamos la cantidad de enfermos y contactos, pero por la dificultad de conocer, en la población general a trabajarse, la población urbana de la rural, es que preferimos usar únicamente el índice de 1.4% calculado para la población general.

Los 12,950 enfermos y contactos de las ciudades de Arequipa y Tacna, serán tratados y controlados por el Hospital de Tórax de Arequipa y el "Hipólito Unánue" de Tacna, los cuales asumirán la responsabilidad de este grupo.

El equipo móvil destinado para la labor de control en el primer año, tendrá bajo su responsabilidad a 11,840 personas de los cuales 2,368 son enfermos y 9,472 contactos

SEGUNDO AÑO.—Este año será duplicado el número de equipos móviles, ya que entrarán tres nuevos en funcionamiento, dos de los cuales serán destinados a despistaje y uno a control; en este período se efectuarán 337,825 nuevos exámenes con 4 equipos móviles, donde se espera descubrir 4,730 enfermos que nos darán 18,920 contactos o sea 23,650 nuevas personas para ser sometidas a tratamiento.

En las ciudades de Arequipa y Tacna los equipos fijos proseguirán en su labor de controlar el íntegro de la población o sea 165,000 controles en Arequipa y 20,000 en Tacna; en esta última ciudad la población nuevamente será examinada tres veces en el curso del año.

Los dos equipos móviles dedicados al control, tendrán bajo su responsabilidad a 35,490 enfermos y contactos, o sea los descubiertos en el primer y segundo año de trabajo.

NUMERO DE ENFERMOS Y CONTACTOS QUE SE ESPERA ENCONTRAR POR AÑO

Cuadro N° 28

Años	N° de Enfermos	N° de Contactos	Total de Personas para tratamiento
I°	4,958	19,832	24,790
II°	4,730	18,920	23,650
III°	3,486	13,944	17,430
TOTAL:	13,174	52,696	65,780

TERCER AÑO.—Estando en funcionamiento los seis equipos móviles, se deberá terminar con el despistaje de los 249,026 personas restantes, de las cuales se espera encontrar 3,486 enfermos y 13,494 contactos o sea un total de 17,430 nuevas personas para tratamiento. En este año, la labor de despistaje será efectuada tan sólo por tres equipos, que pueden cubrirlo perfectamente, pasando uno de los equipos de la labor de despistaje a la de control, ya que para ese momento la

INFORMACIONES SOCIALES

dispersión de casos será por toda el área y por razón de distancia y dificultad de transporte, dificultará la labor de control sobre todo si consideramos 52,920 entre enfermos y contactos, fuera de los existentes en las ciudades de Arequipa y Tacna.

Los equipos dedicados a la labor de control, deberán dar prioridad en los exámenes a los enfermos, sobre los contactos.

Por lo anteriormente expuesto, tenemos que en tres años de labor, como se observa en el cuadro N° 28, esperamos encontrar 13,174 enfermos y 52,696 contactos; si esto lo comparamos con las cifras del cuadro N° 21, nos encontramos con que hay diferencia en las cifras, ello se debe a que en el cuadro N° 21, las cifras fueron calculadas al 100% de la población, mientras que en la estimación de la población a trabajarse sólo se ha considerado el 80%.

La diferencia entre una y otra cifra, es lo que se tratará de pesquisar en el cuarto año.

La razón de que en el cuadro N° 21, se haya tomado para el cálculo de enfermos, tanto la población urbana como la rural con sus respectivos índices de morbilidad, 2.3% y 1.1% respectivamente, no modifica significativamente que se le ajuste el índice de morbilidad 1.4% calculado para la población general.

CUARTO AÑO.—Que corresponde a la consolidación del trabajo realizado; en este año todos los equipos se dedicarán a completar los exámenes en especial de las colectividades que tuvieron bajos porcentajes de examinados; se dará especial énfasis a aquellas localidades en donde se hayan encontrado los mayores índices de infecciosidad y morbilidad, en especial en la población infantil, pues ella nos servirá de pauta en todo momento, para evaluar la magnitud del problema y el potencial de difusión de la enfermedad.

En esta misión, los equipos deberán cubrir un 5% de la población general y que aún no hayan sido examinados o sea 58,812 personas, simultáneamente proseguirán su labor de control sobre los 52,920 enfermos y contactos descubiertos en los tres años anteriores. Los equipos fijos igualmente realizarán el control general de las poblaciones donde se encuentren.

QUINTO AÑO.—Será dedicado a la evaluación del programa; para ello se efectuarán simultáneamente a la labor de control, despistajes de población tomada en muestreos al azar, equivalentes al 10% de la población general, o sea 110,000 personas, para determinar la incidencia y prevalencia de la enfermedad en la población previamente examinada, simultáneamente se haría entrega del programa a los servicios sanitarios locales, para que sea continuado por ellos con el personal que haya trabajado en la campaña.

Los rollos de foto-radiografía, serán leídos en el terreno inmediatamente o después de desarrollados, por el médico del equipo para hacer la determinación primera de enfermos y sospechosos y proceder a iniciar el tratamiento, a la par que a la pesquisa de contactos; realizada la lectura, serán remitidos al local central en Arequipa, donde

INFORMACIONES SOCIALES

nuevamente serán leídos, para la corroboración o rectificación diagnóstica; igualmente las radiografías de tamaño normal, —que de ser posible serán tomadas por duplicado, una para que quede en el terreno y otra para el archivo central—, seguirán el mismo procedimiento.

Este sistema de la doble lectura, nos parece que es el más eficaz para subsanar errores y para tener en la oficina central, el fichero total de casos perfectamente estudiados y de ahí establecer el rol que deben seguir los equipos de control.

A la terminación de la campaña, se procederá a entregar a cada servicio regional, el material que le corresponda para la prosecución de sus programas locales.

Por lo manifestado anteriormente, vemos que es necesario en los cinco años de programa, un consumo de 2'591,498 foto-radiografías, tal como se aprecia en el cuadro:

CONSUMO DE FOTO-RADIOGRAFIAS

Cuadro N° 29

Años	Personas nuevas examinadas y control final	Enfermos y controles	Controles de las ciudades de Are. quipa y Tacna	Consumo Anual
1º	354,155	49,580	40,000	443,735
2º	337,825	96,880	225,000	659,705
3º	249,026	131,740	225,900	605,766
4º	58,812	131,740	225,000	415,552
5º	110,000	131,740	225,000	466,740
TOTAL:	1'109,818	541,680	940,000	2'591,498

En el cuadro hemos pormenorizado el consumo por años, al igual que los grupos humanos en los cuales se harán los gastos, la primera columna corresponde a personas nuevas examinadas y el muestreo sobre el 10% de la población, en la segunda, son las foto-radiografías que a razón de dos por año se deben tomar a todos los enfermos y contactos, por lo cual este es un consumo acumulativo; la tercera columna corresponde a los controles a efectuarse en las ciudades de Arequipa y Tacna; consideramos que es un estudio muy interesante, ya que la población de la ciudad de Arequipa sería sometida íntegramente a un control anual, mientras que la población de la ciudad de Tacna recibiría tres controles por año, lo que nos permitirá apreciar hasta qué punto los controles seriados al íntegro de las poblaciones, pueden determinar la desaparición de la enfermedad.

Hemos considerado que cada enfermo en el momento del diagnóstico requiere de una radiografía de tamaño normal, la que ese momento debe de ser tomada por duplicado, por las razones ya enunciadas; igualmente todos los enfermos deben ser sometidos, fuera de los dos exámenes foto-radiográficos anuales, a una radiografía de tamaño normal cada año, esto determinaría que el consumo de placas en el curso del tiempo, aumente por el factor acumulativo.

INFORMACIONES SOCIALES

CONSUMO DE RADIOGRAFIAS

Cuadro N° 30

Años	Número de enfermos	Radiografías Nuevos enfermos	Control enfermos	Total Anual
1º	4.958	9.910	—	9,916
2º	4.730	9,460	4,954	14,414
3º	3.486	6,972	9,688	16,660
4º	—	—	13,174	13,174
5º	—	—	13,174	13,174
TOTAL		26.348	40,990	67.388

67.338 + 20.201 = 87.539

Como se aprecia, el consumo de radiografías en los cinco años sería de 67,338, pero esta cifra debe ser recargada en un 30%, por el consumo que se haga en sospechosos y que resulten estar afectados de patología torácica no tuberculosa, procesos cicatriciales y errores diagnósticos o sea 87,539 placas radiográficas.

TUBERCULINA.—El uso de Tuberculina, para toda la población o solo en grupos de muestreo, estará condicionado a la decisión final que se adopte; al margen de lo anterior expondremos las dos técnicas susceptibles de ser empleadas:

a) Técnica de intradermorreacción o Mantoux en dilución al 1/1000 y estabilizada para un mes o más de uso; esta tuberculina puede ser preparada en dilución por el Instituto de Salud Pública, que es el que la elabora o bien por la oficina de Arequipa a partir de la TAK proporcionada por dicho Instituto, para disminuir el gasto de transporte, pero se recargaría con la contratación de una persona encargada de hacer las diluciones y envasarlas; este punto será resuelto en base al estudio de los costos. El procedimiento presenta como ventaja, que estando bien ejecutada la prueba por personal entrenado, al igual que su lectura, es la que mejor nos permite conocer los índices de infecciosidad; tiene como desventaja que requiere de personal entrenado, enfermeras, refrigeración permanente y jeringas especiales.

b) Técnica de cuti-puntura o de Trambusti, por la simplicidad del procedimiento, es la que mejor se presta para trabajo en masas, usa solución pura de tuberculina TAK que es estable en el tiempo e incluso puede no refrigerarse a condición de estar en lugares frescos, la prueba puede hacerla cualquier persona con ligero entrenamiento, al igual que la interpretación de la lectura, no requiere de material especial; creemos que para el programa debe ser esta la técnica a emplearse; su desventaja radica en el mayor consumo de TAK (Tuberculina antigua de Koch).

Ambos sistemas tienen la desventaja de que es necesario el retorno de la gente a las 48 horas, para la lectura.

Las pruebas tuberculínicas, sea una u otra la técnica que se emplee, deben ser ejecutadas en las zonas donde no es factible el ingreso de vehículos, para conocer los índices de infecciosidad y poder pro-

INFORMACIONES SOCIALES

ceder a la vacunación BCG; con este objeto serán organizadas brigadas especiales dedicadas exclusivamente a realizar pruebas tuberculínicas y vacunación.

VACUNA BCG.—En la parte preventiva, uno de los puntos principales a considerar, es la protección biológica mediante la vacunación antituberculosa BCG. Analizaremos los métodos susceptibles de ser empleados:

a) Vacunación intradérmica o método de Wallgren, en la región deltoidea derecha a la dosis de 0.10 cc. y a la concentración de 0.10 de mg. de bacilos; esta vacunación requiere ser practicada por enfermeras entrenadas; la vacuna necesita refrigeración y es de poca estabilidad en el tiempo —ocho días— por lo cual es necesario, que toda la vacuna a usarse llegue al terreno liofilizada para diluirla de acuerdo a las necesidades; de esta nueva vacuna se requerirían 180 a 210,000 dosis anuales, ya que las experiencias anteriores en otras localidades tenemos que el porcentaje de positivos alcanza a un 50 a 55%; esta cifra en el área puede disminuir dado el gran porcentaje de niños y el que los índices de infecciosidad en la región andina son inferiores a los de la costa, por lo cual suponemos que podríamos encontrar de un 50 a 60% de reactores negativos y susceptibles de vacunarse.

b) Vacunación por vía oral.— Este método que fue el primero en emplearse y que toma gran incremento con la escuela brasileña, en especial Arlindo de Assis (24,25,26,27,28,29,30,31,32,33) ha demostrado

- (24) **Arlindo de Assis** "NOVAS PERSPECTIVAS DA VACINACAO CONTRA A TUBERCULOSE PELO BCG" O Hospital, Marzo de 1950: 337-363. Río de Janeiro, 1950.
- (25) **Domingo Pedro** "LA VALORACION DE LA VIA GASTRICA EN LA VACUNACION ANTITUBERCULOSA CON EL BCG. Rev. Cub. Tbc.: 3-16. La Habana, 1952.
- (26) **K. Neville, Irvine.** "THEORIE ET PRATIQUE DE LA VACCINATION PAR LE BCG" Masson et Cie. Editeurs, I Vol. 126 Pgs. Paris, 1950.
- (27) **Arlindo de Assis.** "ORDRE D'URGENCE DES MESURES A PRENDRE POUR LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE DANS LES PAYS OU CETTE LUTTE EST A SES DEBUTS", XI Conference de l'Union Internationale contre la tuberculose: 477-510. Copenhague 3-6 septembre 1950.
- (28) **F. van Deirse.** "VACCINATION AGAINST TUBERCULOSIS WITH FREEZE-DRIED BCG VACCINE". Amer. Jour Of Pub. Health 41:10. 1209-1951.
- (29) **F. van Deirse.** "TUBERCULOSE ET BCG AU JAPON" La Pres. Medicale 61: 16.337 1953.
- (30) **Long Esmond R. and Col** "REPORT OF AD HOC ADVISORY COMMITTEE ON BCG TO THE SURGEON GENERAL OF THE UNITES STATES PUBLIC HEALTH SERVICE" The Amer. Rev. os Tbc. and Pul. Diseas. 76: 5, 726 November 1957.
- (31) **Carroll E. Palmer L. W. Shaw and G. W. Comstock.** "COMUNITY TRIALS OF BCG VACCINATION". The Amer. rev. of Tub. and Pul. Diseas. 77:6. June 1958.

INFORMACIONES SOCIALES

do su eficacia y la facilidad en su administración, es el método concurrente (34) que establece la administración de la vacuna en forma fraccionada o a una sola dosis según que exista medio contaminante o no; este método por la facilidad del procedimiento es fácil realizarlo, sobre todo en las escuelas o centros en los que se tenga control de niños, pero en las áreas en donde la dispersión de la población no permite reunirlos mensualmente o que haya centros escolares, entonces sería necesaria la administración de una sola vacuna que sería de 100 mgs. de bacilos en los menores de 90 días de nacidos, de 200 mgs. en los mayores de tres meses hasta el primer año y a partir de esa edad una dosis de 400 mgr.; estas dosis se harán en 10 cc. de diluyente; este método tiene la ventaja de poderse usar en forma indiscriminada. En los centros urbanos y con recursos médicos se podría usar el método concurrente seis dosis en seis meses o sea una mensual, y 100 ó 200 mgr. por dosis según la edad. Para poder utilizar este sistema sería necesario que las actuales instalaciones de producción de BCG del Instituto de Salud Pública sean ampliados para que puedan rendir las dosis requeridas; igualmente sería necesario que la vacuna para uso oral fuera liofilizada, para incrementar su estabilidad en el tiempo y facilitar su transporte, las diluciones se harían en el terreno.

Para satisfacer la demanda de 210,000 dosis de BCG por vía oral por año y a un promedio de 250 mgr. por dosis, sería necesario 52.½ de peso bruto de bacilos, si se practica en los reactores negativos y 88.½ si es en forma indiscriminada; este método no requiere de enfermeras ni material especial para su administración, pudiéndolo hacer cualquier persona de criterio y responsabilidad, como serían las personas de cada equipo de Rayos X.

Por las características propias del medio, tanto en su población como en su topografía, consideramos que el segundo método es el más apropiado; lo que sí es fundamental al margen de la técnica que se emplea, es que toda vacuna debe ser liofilizada, única manera de estabilizarla en el tiempo y facilitar su transporte.

La vacunación será efectuada según el método que se acepte, en los reactores negativos o a toda la población; ejecutada la campaña en una zona, el centro de salud local deberá continuar con el programa y de acuerdo con las siguientes pautas:

La vacunación debe ser efectuada en forma especial en los niños y adultos jóvenes, para ello presentamos los grupos humanos que de-

-
- (2) **Comissao técnica da C.N.C.T.** "DISPENSARIO DE TUBERCULOSE" Publicacao do servico nacional de tuberculose. Rfp de Janeiro, 1958
- (33) **José Rosemberg,** "RENDIMIENTO DA VACINACAO BCG ORAL NOS PROGRAMAS DEL CALMETTIZACAO EM MASSA" X Congreso Panamericano de la Tuberculosis, Tomo II:435, Caracas, Venezuela, Diciembre 1953.
- (34) **Liga Paulista Contra a Tuberculose,** "BCG, VACCINATION A SAO PAULO" XII Conferencia de Uniao Internacional contra a Tuberculose, Río de Janeiro, Agosto, 1952.

INFORMACIONES SOCIALES

ben recibir preferente atención en el programa de vacunación y de acuerdo al siguiente orden de prioridad:

Recién nacidos.— Para este grupo se organizará un programa a efectuarse en las maternidades, igualmente por los médicos y obstetras que atiendan partos domiciliarios; el Registro Civil colaborará remitiendo al vacunador de la localidad al domicilio de los recién nacidos; en esta labor deberán colaborar igualmente las parroquias —es frecuente que haya más bautizos que inscripciones en el Registro Civil—

Niños en Edad Pre - Escolar.— Este programa se orientará a través de los servicios materno-infantiles.

Escolares.— Se ejecutará en todo centro docente sea del Estado o particular.

Institutos Armados.— En los cuarteles.

Centros laborales.— Tanto industriales como agrícolas.

Población sujeta al carnet de salud.— Las Municipalidades y Unidades Sanitarias son las entidades responsables de encauzar a este grupo.

Población general.— Deben ser influenciados por el Programa de Instrucción Sanitaria para que acudan a los centros de vacunación.

Este programa tuberculino-radiológico deberá efectuarse con concentraciones de población en locales pre-determinados, ya que por la índole del trabajo es imposible el examen domiciliario, como puede suceder en otro tipo de exámenes preventivos.

DIAGNOSTICO.— En base al examen foto-radiológico, el médico del equipo, frente a la sospecha de un caso, completará el diagnóstico mediante el examen clínico, toma de una radiografía tamaño normal, —de existir recursos, dos— y análisis complementarios de rutina, como: baciloscopia en esputo, velocidad de sedimentación con los análisis que no puedan efectuarse en el terreno, se procederá a tomar las muestras las cuales serán remitidas a la oficina central en Arequipa, para su análisis en el laboratorio del Hospital del Tórax.

Una vez realizado el diagnóstico se procederá:

- a) Instaurar el tratamiento y dar las disposiciones higiénico dietéticas correspondientes.
- b) Efectuar el examen de todos los contactos y someterlos a control y quimio-profilaxis.
- c) Reportar el caso a la oficina central y al equipo de control corespondiente.
- d) Hacer a la enfermera de Salud Pública de la zona, las indicaciones terapéuticas y medidas especiales que requiera el enfermo.

TRATAMIENTO.— Los elementos terapéuticos quedan divididos en dos grupos:

- a) De tratamiento específico para los casos.
- b) De profilaxia para los contactos.

En relación a los primeros tenemos que cada caso recibirá una dosis de 15 mgr, de Isoniacida (Hidracida del Acido Isonicotínico) por kilo de peso que serán repartidas en tres tomas diarias, estos trata-

INFORMACIONES SOCIALES

mientos en lo posible deben ir asociados a otras drogas antituberculosas, en especial Estreptomicina o PAS; en relación a la primera será administrada tan sólo cuando exista control médico permanente y recursos sanitarios locales que garanticen la calidad del trabajo; esta droga será usada a 2 grs. semanales, salvo indicaciones especiales; la segunda droga se usará en aquellas localidades en que sin haber un buen servicio sanitario, existen elementos de control, el PAS será administrado a dosis no menores de 12 grs. diarios y en los niños 0.3 gr. por kg. por día, de no existir estos elementos se procederá a la administración exclusiva de la Isoniacida, que si bien no es el procedimiento más recomendable, es el único que podemos utilizar (35-36-37 38-39).

Los enfermos recibirán tratamiento mínimo de dos años. En principio, todos los tratamientos se realizarán en forma ambulatoria y con internamiento del paciente en su domicilio, ya que la cantidad de camas en los centros asistenciales no alcanza a cubrir las necesidades.

Los enfermos que tuvieran indicación de hospitalización, serán atendidos en los hospitales locales; los que requieran atención especial o tratamiento quirúrgico, serán derivados al Hospital Sanatorio de Tórax de Arequipa o al "Hipólito Unanue" de Tacna.

El uso de Viomicina, Cicloserina y otros tipos de drogas antituberculosas sólo podrán ser usadas en los medios hospitalarios; en pacientes ambulatorios y de atención domiciliaria, queda totalmente prohibido.

Para el mejor uso y administración de la Isoniacida, se deberá usar tabletas con concentraciones de 50, 100 y 150 mgs. de droga por unidad, para tratar de esta manera que siempre los pacientes reciban tres tabletas diarias e ingerir una con cada una de las tres principales comidas.

Tomando como promedio 35 kgs. de peso entre pacientes y contactos y siendo la administración de 15/kgs./día, tendríamos 525 mg.

-
- (35) **CH. Gernez-Rieux et A. Tacquet** (Lille), "LESS BASES EXPERIMENTALES DU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE ET CHIMIOTHERAPIQUE DE LA TUBERCULOSE" Seminaire organisé a Paris par le Centre International de L'enfance. Mas'on et cie. Paris. December 1955.
- (36) **Shirley H. Ferebee and Carroll R. Palmer**, "PREVENTION OF EXPERIMENTAL TUBERCULOSIS WITH ISONIAZID" The Amer. Rev. of. Tbc. and Pul. Diseases. 73: 1.1. January, 1956.
- (37) **A United State Public Health Service Tuberculosis Prophylaxis Trial** "PROPHYLACTIC EFFECTS OF ISONIAZID ON PRIMARY TUBERCULOSIS IN CHILDREN" The Amer. Rev. of Tbc. and Pul. Diseases. 76:6. 942, December 1957
- (38) **A. Omodei Zorini (Rome)** "ANTITUBERCULOUS CHEMOPROPHYLAXIS WITH ISONIAZID: PRELIMINARY NOTE: Diseases. of the Chest, XXXIII: 1. January 1958.
- (39) **H. Corwin Hinshaw**, "SPECULATIONS OF THE FUTURE TREATMENT AND CONTROL OF TUBERCULOSIS". Diseases of the Chest. XXXIV: 3, September, 1958.

INFORMACIONES SOCIALES

que por la facilidad y administración quedarían reducidos a 500/mg./ persona/día, los pacientes estarían sometidos a dos años de tratamiento y los contactos a seis meses.

CONSUMO DE I. N. H.
CUADRO N° 31

	N° de Personas	Gramos de Isoniacida	Tiempo en días	Dosis to- tal en grs.
Enfermos	13,174	6.587	730	4'808,510
Contactos	52,696	26.348	180	4'742,640

En relación al consumo de Estreptomina y Paramínico-Salicílico, no nos pronunciamos por desconocer la cantidad de enfermos que estarían en condiciones de recibir dicha droga.

El tratamiento profiláctico se hará en todos los contactos a dosis iguales a la de los enfermos, pero sólo por seis meses.

Este tratamiento específico, debe ir acompañado de la administración en todos los casos que reciban medicación, de una pastilla o cápsula polivitamínica y minerales a dosis terapéuticas ya que van a ser administradas en una población, que en su mayoría se encuentran crónicamente en situación deficitaria alimenticia, tanto en cantidad como en calidad.

Con la administración de una cápsula diaria de multivitamínicos y minerales, para cada paciente y contacto se necesitarían:

CONSUMO DE CAPSULAS POLIOVITAMINICAS CON MINERALES
Cuadro N° 32

N° de cápsulas en dos años para los 13,174 enfermos	N° de cápsulas seis meses para 52,696 contactos	Consumo Total
9'617,020	9'484,200	19'101,220

PLAN DE TRABAJO.— Después de ejecutada la labor de los educadores sanitarios, los equipos inician su labor; para ello es necesario que se haya fijado un local que servirá de concentración del público, en este local se procederá:

- 1º.— A la inscripción de la persona en la ficha correspondiente, extendiéndose una tarjeta de identificación.
- 2º.— Practicar la prueba tuberculínica o administrar la vacunación BCG, según el método que se acuerde.
- 3º.— Inmediatamente después pasará al examen foto-radio-gráfico.
- 4º.— A las 48 horas regresará para la lectura de la prueba tuberculínica, en caso de ser negativo se procederá a vacunarle y a conocer el resultado del examen radiológico,

INFORMACIONES SOCIALES

- en este momento en la ficha de identidad se anotará el resultado del examen.
- 5º.— De ser sospechoso, se procederá de inmediato a completar sus exámenes para llegar a un diagnóstico definitivo.
- 6º.— Los enfermos y contactos pasarán a tratamiento.

CAPITULO V.— PARA OBJETIVOS

Por lo expuesto en capítulos anteriores, se desprende el alcance y materia del programa, y consideremos que simultáneamente existen otros objetivos, que surgen de él o que van involucrados en su ejecución y que los dividimos en tres órdenes: médico, docente y antropológico.

I.— **De orden médico.**— Tenemos, el estudio de los elementos patológicos no tuberculosos, susceptibles de ser descubiertos radiográficamente, tales como: tumores, quistes, infecciones pulmonares de etiología variada, enfermedades ocupacionales, afecciones cardíacas, alteraciones congénitas, etc.

El estudio de los tumores tiene por objeto la determinación de la incidencia de este tipo de afecciones y su clasificación en diferentes grupos humanos de acuerdo a localidad, edad y sexo; las cifras resultantes serán comparadas con las existentes en otras comunidades; permitiendo juzgar la magnitud del problema y de la necesidad o no, de tomar medidas especiales para el diagnóstico precoz de la afección y su tratamiento. La oncología en el programa tendría eficaz fuente de información y base epidemiológica.

En el grupo de los quistes, hay tan sólo uno que tiene importancia sanitaria y es el **quiste hidático**; su presencia nos señalará las áreas afectadas y la magnitud de la infección equinocócica, lo cual permitirá a los organismos sanitarios tomar las medidas profilácticas correspondientes para la erradicación del proceso.

De las informaciones pulmonares son dos grupos que interesan investigar, por la confusión diagnóstica que puedan presentar con tuberculosis y son **Eosinofilia tropical** y **síndrome de Loeffler**, con importancia tan sólo como elemento de diagnóstico diferencial; para ello es necesario determinar el área geográfica de su presentación; por lo raro de su manifestación y etiología desconocida, no tiene mayor importancia sanitaria.

El segundo grupo está constituido por micosis pulmonares, en forma especial histoplasmosis y secundariamente blastomicosis y coccidioidomicosis; el conocimiento de la frecuencia y distribución geográfica de estas afecciones, sí cobra valor sanitario; para ello se harán encuestas intra-dérmicas en diferentes grupos humanos, en los valles de la costa y principalmente en la zona sub-tropical de Puno, ya que es el centro de atracción de colonización y hacia donde se dirigen los esfuerzos de particulares y entidades oficiales o internacionales, para fomentar la emigración; el conocimiento de la patología local, micológica o de otras etiologías, en Sandía es sustantivo, ya que proseguir con

INFORMACIONES SOCIALES

planes de colonización, sin conocerla, es realizar un genocidio indirecto.

Las enfermedades ocupacionales respiratorias deben ser estudiadas estableciendo: su tipo, magnitud y distribución en el área; conocido esto fijar las normas para su prevención de acuerdo a las disposiciones legales existentes.

Cuanto a los trastornos cardio-vasculares, sólo se podrá involucrar los casos de hipertrofia o deformación de la silueta cardíaca visualizable a la radiografía. Estas afecciones en su forma individual están en el campo del médico asistencial como problema de colectividad, y pueden caer bajo la acción del sanitarista, siempre y cuando que los estudios epidemiológicos determinen la etiología y lo factible de su eliminación.

En lo que se refiere a las afecciones congénitas, tienen principalmente un valor académico y deben ser consideradas como tales, mientras la epidemiología no nos señala otros aspectos del trastorno congénito.

II.— **De Orden Docente.** — Este punto se desdoblaría en dos subgrupos, que corresponderían:

- a) Entrenamiento de personal, y
- b) Enseñanza a los alumnos de Medicina.

En el primero, consideramos que el programa debe servir de centro de entrenamiento al personal de las Unidades Sanitarias locales y que sea incorporado al programa y al de otras Unidades que lo destaquen con miras de aprendizaje; igualmente servirá para preparar personal, en una extensión de la campaña o el inicio de otras. Este entrenamiento se efectuaría de acuerdo a la función que el personal desempeñe o vaya a desempeñar, pero en principio el aprendizaje debe ser integral.

En el otro subgrupo, hemos considerado a los alumnos de Medicina, en especial de la Facultad de Arequipa, quienes aprenderían en la parte teórica de los objetivos, estructuración, tabulación y evaluación final del programa; en la parte práctica de la organización funcional y ejecución.

Los alumnos de Medicina serían entrenados en todos los aspectos de la campaña para que obtengan un conocimiento integral y una visión panorámica de ella; la forma como los alumnos de Medicina estarían vinculados a la campaña, sería en base al plan de estudios de dicha Facultad. Las Facultades de Medicina de Lima y Trujillo tendrían igual acogida.

III.— **De Orden Antropológico.** — En el Perú se vive el problema aún no tocado de la integración racial y debemos lograr en toda oportunidad y por todos los medios que se produzca, pero no la pretendida integración por la evolución, que desde la conquista española se viene realizando bajo el amparo de la Biblia o la Constitución, ni tampoco la integración por revolución con su estela de odios y venganzas, sino la **integración pacífica**, teniendo como base el respeto a la persona humana y sus derechos, que ésta integración se realice en forma acelerada para recuperar las centurias perdidas, que se le confiera

INFORMACIONES SOCIALES

prioridad en los problemas nacionales para que sea fructífera; para ello necesitamos de conocimiento antropológico de nuestros diferentes grupos humanos y no el de un Ministerio —mal entendido— de “nacionalidades”, cual es la Dirección de Asuntos Indígenas.

Creemos que la campaña puede y debe contribuir al conocimiento de los componentes antropológicos —no como teorizantes en la satisfacción de una curiosidad— como aporte al conocimiento de nosotros mismos, con miras a una positiva integración en base al mutuo respeto y al mutuo destino.

Es por ello que los médicos, enfermeras, educadores, en fin todos los trabajadores en el terreno, en sus informes de cada localidad junto con el parte del trabajo, desean reportar sobre el medio ambiente en el cual actúan: sobre las características idiomáticas de los individuos y los grupos; cuál es su aceptación o rechazo al programa y cuáles los factores que lo llevan a adoptar tales actitudes; las características de sus indumentarias y viviendas; el tipo de ocupación y manera de desarrollarla; la alimentación, formas de preparar los alimentos y manera de obtenerlos; los hábitos en todo orden: analfabetismo y sus actitudes frente a las letras y a los alfabetos; las características del comercio local, tipos de producción, etc.

Casi todos estos elementos pueden ser fácilmente recogidos en fichas especiales y con poco interrogatorio, ya que lo primario es la observación directa.

Los trabajadores pueden si desean, ampliar lo anterior, con informes relacionados al arte nativo, religión, manifestaciones del folklore musical y rítmico, costumbres, festividades, etc., en resumen todas las manifestaciones de la cultura.

Todos los trabajadores en el terreno, en especial las enfermeras de Salud Pública, deberán realizar en el desempeño de sus tareas, una labor de acercamiento con la población, presentarse como amigos de las colectividades y los individuos, satisfacer sus curiosidades y ganarse su confianza, enseñar y aprender, dando así los primeros pasos de una positiva integración.

CAPITULO VI. — PROGRAMAS PARALELOS

La Tuberculosis a pesar de ser un proceso infeccioso, tiene características epidemiológicas, que la diferencian de los demás procesos, por su prolongado período de latencia, lo crónico de su evolución, su desarrollo en cualquier punto de la economía orgánica, confiriéndole fisonomía especial. Por otro lado el carácter de vector y el poderse desarrollar en todos los ambientes, determina que tengamos que actuar sobre el gérmen, el terreno o ambos.

En los Estados Unidos y en otros países, la acción de los sanitarios se ha volcado sobre el gérmen mediante programas de control y en especial la quimio-profilaxis; sobre el terreno, se preocupan poco o no —en los Estados Unidos no recomiendan para su población la vacuna BCG— amparados en los altos niveles de vida de sus poblaciones;

INFORMACIONES SOCIALES

el despistaje radiológico está siendo sustituido por el tuberculínico, ya que sus miras son conseguir una población tuberculino-negativa al 100%.

En nuestro medio la situación es distinta, debemos actuar sobre el germen y sobre el terreno o receptor, por nuestros altos y precoces índices de infecciosidad y los bajos niveles de vida de nuestra población. No debemos olvidar que la tuberculosis es una enfermedad que se adquiere por acción de un vector, vehículo, accidente, o factores del azar, sino que es resultante, es el índice de expresión de la ignorancia, miseria y hambre; estos elementos son ajenos al medio ambiente, pueden existir en cualquier medio, no son fruto de la naturaleza, sino de la organización socio-económica de los pueblos o colectividades. Dejar de considerar los factores socio-económicos y pretender actuar tan sólo sobre el germen es condenar a *priori* el éxito de cualquier programa de lucha antituberculosa, ya que tan sólo se podrán obtener éxitos o resultados parciales, pero no podríamos llegar a la erradicación absoluta —que es el ideal de todo programa— no solo en forma temporal sino definitiva.

En las actuales circunstancias, el programa que presentamos será ejecutado tan sólo en acción sobre el germen, ya que nos circunscribimos al tratamiento de los enfermos, en el terreno tan sólo se actuará sobre la elevación de las defensas biológicas y no estamos en condiciones de ir más lejos, pero ello no quita que reclamemos a las autoridades correspondientes, el que a la brevedad posible se estructuren para su realización inmediata tres programas que complementarían el presente y son: 1º.— Programa Educacional. 2º.— Programa de Vivienda. 3º.— Programa de Fomento Económico.

Esto sin excluir, que los organismos sanitarios locales, con motivo de la realización de la campaña intensifiquen y amplíen sus programas de promoción de la salud

PROGRAMA EDUCACIONAL.— Lo podemos resumir en lo siguiente: estudio del analfabetismo y su distribución en el área, densidad de la población y su repartición por grupos de edad y sexo, igualmente el estudio del analfabetismo y su calidad. De acuerdo a ellos se conocerá cuáles son las necesidades presentes, las necesidades de la población en edad escolar y que no gozan de instrucción, cuál es el porcentaje de analfabetos adultos, el de incremento de la población en el tiempo y el grado de instrucción de la población analfabeta; en base a todo lo anterior, se estructurará un programa de alfabetización, con instalación de escuelas en cantidad necesaria, no sólo para cubrir las necesidades de la población en edad escolar, sino también de la adulta, se incrementarán los conocimientos de aquellos que sepan leer y se les orientará hacia las escuelas superiores, técnicas o artesanales; el crecimiento de estas escuelas debe ir parejo al crecimiento de la población y cualquier gasto que se haga en este sentido, será la mejor inversión, que a corto y largo plazo haga el Estado, ya que la elevación educacional y cultural de la población, al permitir la difusión del pensamiento y la técnica, determinará automáticamente que las colectividades comprendan y estudien mejor sus problemas y traten

• INFORMACIONES SOCIALES

de buscar sus soluciones para la elevación de sus niveles de vida con la consiguiente elevación de sus niveles sanitarios y económicos, por cuanto la iniciativa individual o colectiva, incrementada y estimulada por el conocimiento y con el empleo de la técnica, permitirá obtener mejores beneficios del trabajo y progresivamente se entra en un círculo beneficioso, pues al incrementarse los niveles de vida, en especial los sanitarios, hay un mayor volumen de energía que converge sobre la actividad laboral.

PROGRAMA DE VIVIENDA.— En nuestro país y el extranjero, muchas autoridades competentes ya se han pronunciado sobre este problema y la manera de resolverlo; sólo queremos añadir que es necesario que las autoridades respectivas confeccionen un programa para ser ejecutado por las negociaciones y haciendas agrícolas y ganaderas, al igual que con las empresas mineras y las organizaciones industriales y comerciales de determinado capital, para que parte de los beneficios que perciben, sean invertidos en la construcción de viviendas para sus trabajadores, entregadas sin ningún gravamen y por el tiempo que estén en trabajo; tales viviendas deben tener un mínimo prefijado de comodidad y metraje, de esa manera se lograría desterrar las viviendas infra-humanas tan comunes en nuestra región andina.

PROGRAMA DE FOMENTO ECONOMICO.— Si consideramos que el Perú, es un país subdesarrollado, dependiente y semi-colonial, cuya principal riqueza es la agropecuaria, que alcanza al 30% (40) una incipiente industria que alcanza tan sólo al 13% de la Renta Nacional; con una renta per-cápita de 77 dólares anuales, lo cual nos relega entre los últimos en el mundo y con una “alimentación extremadamente defectuosa, donde asocia el hambre cuantitativa con las insuficiencias cualitativas específicas del régimen alimenticio”. “Insuficientes en su producción de energía, desequilibradas por una excesiva proporción de amilácidos y con deficiencias más o menos acentuadas de proteínas, de sales minerales y de vitaminas” (41), lo cual está corroborado por el SCIPA: “Abastecimientos de Alimentos en el Perú” que fija como requerimiento personal diario 3,200 calorías y 85 grs. de proteínas, existiendo en el Perú el promedio, de 2,190 calorías y 47 gr. de proteínas, con 14 kilos de carne por persona/año y 11 litros de leche, frente a 136 kilos de carne en Argentina y 263 litros de leche en Suiza en igual tiempo (41); nos encontramos que nuestra población mayoritaria vive en situación de “hambre crónica” lo cual se reflejan en los altos índices de mortalidad infantil y tuberculosis.

No debemos olvidar que la **Conferencia de Alimentación y Agricultura de las Naciones Unidas**, realizada en Hot Springs en 1943 puntualiza en su resolución N° 4: “La causa primordial del hambre y la mala nutrición es la pobreza. Inútil es producir mayor cantidad de ali-

(40) Roel, Virgilio. “PROBLEMAS DE LA ECONOMIA PERUANA” Gráfica Popular I Vol. 153 pgs. 1959 Lima

(41) Castro Josué de “GEOPOLITICA DEL HAMBRE” Editorial Raigal. I Vol. 422 pgs. 1955, Buenos Aires.

INFORMACIONES SOCIALES

mentos si los hombres y las naciones no les proporcionan mercado". En nuestro país para proporcionar mercado necesitamos tan sólo aumentar el poder adquisitivo de la población, incrementar la renta per cápita, para ello fuera de fomentar la industrialización del país y la conquista de nuevas tierras de labor de las que tenemos ya un déficit del 85%, es necesario un programa de fomento económico dirigido en forma amplia y generosa sobre la población necesitada y que comprenda actividades de fomento agropecuario, artesanal e industrial, dirigidos u orientados fundamentalmente sobre planes colectivos que tendrían prioridad sobre los individuales. Por otro lado este programa de fomento económico debe de estudiar y poner en práctica, la realización del cooperativismo en todas sus formas dentro de las colectividades ya que ello permite una mayor defensa y un mejor beneficio colectivo. Igualmente se debe reestructurar el sistema salarial sobre todo en la región andina en donde el trabajo del hombre es explotado en una forma que no tiene paralelos en el mundo y que son la continuación de los resabios coloniales.

REALIDAD DEMOGRAFICA Y SANITARIA DE 31 DISTRITOS DEL DEPARTAMENTO DE PUNO

Como paso previo a la ejecución del Programa de Lucha Antituberculosa en el Sur del Perú, en el mes de mayo de 1959 se efectuó una visita a 31 distritos del Departamento de Puno, en ellos no está incluido el de la ciudad de Puno, los resultados de dicha visita son los que se exponen a continuación:

En la visita preliminar realizada al Departamento de Puno, han sido recorridos 31 distritos de 7 provincias, con alturas que fluctúan de los 2,000 a los 4,800 metros:

Sandia .—	Ananea Cuyo Cuyo Sandia	San Román.—	Cabanillas Juliaca
Azángaro .—	Putina	Lampa.—	Cabanilla Lampa
Huancané.—	Taraco Huancané Vilque Chico Cojata	Chucuito.—	Desaguadero Zepita Yunguyo Pomata Juli Ilave Mazo Cruz
Puno.—	Rosaspata Moho Conima Pusi Huata Coata Capa Chica Tiquillaca Vilque Paucarcolla Acora Chucuito		

INFORMACIONES SOCIALES

El área visitada se consideró, no en su demarcación política, sino en base a la interrelación de pueblos mediante sus vías de comunicación. Las carreteras, —única ruta factible—, son el eje sobre el cual se debe desarrollar cualquier programa, ya que fuera de ellas, el acarreo de equipos es irrealizable, imposibilitando cualquier labor integral, debiendo circunscribirse el trabajo en esas zonas a despistajes parciales.

Población.— La población en el área visitada excluyendo la del distrito de Puno alcanza a 188,850 personas de las cuales 90.43% corresponde a la población rural; debemos de mencionar que en realidad esta cifra es muy superior, ya que es considerada como población urbana la de los pequeños pueblos que en gran proporción no alcanza a los 1,000 habitantes.

Idioma.— Los idiomas predominantes son las dos lenguas nativas, quechua y aimara, correspondiendo al primero 283,950 personas o sea 48.22% y el saldo corresponde a la población de habla aimará; en estas poblaciones existen núcleos que fluctúan del 3% (Capachica) al 60% (Juliaca) con un promedio de 26% con uso o dominio del idioma castellano tal como se aprecia en el cuadro N° 33.

El predominio en el uso de las lenguas nativas, confirman la necesidad de la contratación de intérpretes para que sirvan de enlace entre los grupos de trabajo y las poblaciones locales.

Vialidad.— En el análisis de los elementos de transporte podemos excluir a los ferrocarriles, ya que estos a itinerario regular llegan a muy pocas localidades. El servicio aéreo no existe en la actualidad sobre el área, por lo que el transporte motorizado es el único efectivo.

Las carreteras son fundamentalmente para el transporte de equipos y personal, por lo cual merecen un análisis que sirva de orientación en la planificación y ejecución del programa.

Como se expone en el Cuadro N° 34, la mayor parte de las carreteras son afirmadas, habiendo algunas que son simples trochas y en algunos casos huellas; el estado de conservación de las carreteras no es bueno, están en regular estado un 50% de ellas, el otro 50% corresponden a carreteras que están en mala o pésima situación existiendo solq un tramo, el de Puno a Juliaca que podemos considerarlo en buen estado de conservación.

El estado de conservación de las carreteras tiene que ser evaluado ya que los vehículos habrán de deteriorarse rápidamente, con el agravante que en el área no existen buenos talleres de reparación, razón por la cual se debe proporcionar vehículos de reserva.

El transporte entre las diferentes localidades está servido por empresas particulares las cuales lo efectúan en camiones y con itinerarios irregulares.

Igualmente en el Cuadro N° 34 presentamos la situación de los servicios de correos y telégrafos encontrando en casi un 50% que solo existe oficina de correos, en los otros correos y telégrafos, y una localidad que no cuenta con ningún servicio.

Recursos Sanitarios.— En el Cuadro N° 35 se observa que tan

INFORMACIONES SOCIALES

solo en 9 localidades —8 en servicio y 1 en construcción—, existen servicios médicos con locales apropiados; en su mayoría consisten en postas médicas construídas en los últimos años y funcionan como vivienda y servicios médicos.

Son los únicos locales que cuentan con implementos sanitarios básicos para la ejecución en la labor médica, igualmente observamos que en 10 localidades existen médicos, correspondiendo a 9 de ellas un solo facultativo; en los lugares donde existen postas médicas atendidas por médicos, encontramos que hay personal auxiliar que suman un total de 39 personas, constituido por auxiliares de enfermeras, educadores y sanitarios sin mayor preparación básica.

Recursos Magisteriales.— En cuanto a los recursos magisteriales encontramos que en el área existen 448 escuelas atendidas por 711 maestros. Las escuelas en casi su totalidad son de primer grado y fiscales, existiendo varias que son propiedad particular de las parcialidades indígenas.

El personal del magisterio no por su número, sino por su preparación será de gran colaboración en el programa. Las encuestas que en su mayor proporción se han ejecutado entre ellos han demostrado interés y deso de colaborar.

Los locales escolares que en muchas localidades servirán como centro de trabajo, en su totalidad son construcciones defectuosas, inapropiadas y con marcada deficiencia de mobiliario y materiales, tanto en cantidad como en calidad.

Locales para Trabajo.— En el Cuadro N° 36 se observa que la mayor parte de la localidades carecen de lugares preparados para proyecciones y que éstas tendrán que realizarse en los locales municipales, en las escuelas e incluso al aire libre, esto mismo sucede con locales apropiados para la instalación de equipos y en cuanto a los locales que servirán como salas de trabajo, tenemos que habrá de emplearse los locales municipales o de las escuelas, con todas las deficiencias y limitaciones que tienen.

Alojamiento y Alimentación.— Uno de los problemas fundamentales a solucionarse es el de alojamiento y alimentación; en relación a lo primero encontramos que tan solo en 7 localidades existen alojamientos en posadas carentes de las más elementales condiciones de higiene y comodidad, lo mismo podemos decir en relación a la alimentación que incluso en muchos centros no es posible conseguir alimentos y los que se encuentran carecen de calidad y variedad por estas razones sugerimos que a los equipos de trabajo se les provea de carpas con sus correspondientes catres de campaña y sacos para dormir (sleeping bag) también es necesario dotar a cada equipo de una cocina de campaña para que el personal no sufra los inconvenientes de una dieta inadecuada.

Igualmente la ingeniería sanitaria deberá señalar la forma de solucionar el problema de la higiene personal y deposición de escretas.

Alumbrado artificial.— En 13 localidades existe alumbrado eléctrico generado por motores de poco voltaje, que proporcionan una ilu-



INFORMACIONES SOCIALES

minación deficiente y en la mayor parte de los casos solamente de 5 a 7 horas; en otras localidades la iluminación está sujeta al uso de lámparas o velas.

Igualmente se debe considerar el problema de la calefacción, ya que la temperatura promedia por las noches en el invierno varía de 0 a 15 grados centígrados, creemos que la solución a este problema sería mediante estufas de kerosene o gasolina.

Abastecimiento de agua.— En la totalidad de pueblos con excepción de Juliaca no existe agua potable, siendo el abasto de aguas efectuado por vertientes, pozos o incluso ríos; en algunas localidades esta agua llega al público por conexiones de caños o pilones públicos, existiendo tan solo en 3 localidades conexión domiciliaria aparte de la población, ello determina que las facilidades para beber al igual que para la higiene personal sean nulas o inexistentes. (Véase el Cuadro N° 37).

Desagües.— Con excepción de Juliaca y en menor proporción Huancané, se carece de servicios de desagües en las diferentes localidades, por lo cual no existe ningún uso de reservados, efectuándose la deposición de excretas en la vía pública o al aire libre.

Actividad y salarios.— La población de estas localidades es fundamentalmente agrícola y en menor proporción ganadera; en los pueblos la principal actividad es el pequeño comercio y solo en 4 localidades pequeños grupos de población se dedican a la minería. Para mejor referencia, véase el cuadro N° 38.

El tipo de salario es fundamentalmente mixto o sea que se retribuye el trabajo en especies, particularmente en artículos alimenticios y dinero, pero esta retribución es completamente exigua ya que el promedio de salario corresponde a S/. 4.30.

En la encuesta efectuada se inquirió sobre la patología local, encontrándose que la más frecuente y que causa el mayor número de decesos corresponde a tuberculosis, mortalidad infantil, afecciones bronco - pulmonares, parasitosis y procesos entéricos.

Debemos indicar que en el área visitada con excepción de la ciudad de Juliaca, no existe aparatos de Rayos X por lo cual el control que los médicos de las postas deben realizar en los enfermos, es exclusivamente clínico.

Un problema de muy difícil solución y del cual depende el éxito o fracaso de los programas, consiste en la administración y control de los tratamientos, estos serán conducidos a nivel local o por un organismo central, presentan el problema de conocer que los tratamientos prescritos sean cumplidos, tenemos como factores adversos; la dispersión de la población, el idioma, la falta de educación general o sanitaria, la resistencia al foráneo en la localidad.

Los problemas fundamentales a solucionarse son:

1º.—Educación sanitaria, para enseñar a la población de la importancia de los programas para su aceptación.

2º.—Equipos de Rayos X desarmables.

3º.—Transportes por las características de las carreteras.

4º.—Alojamiento y alimentación para el personal.

5º.—Administración y control de los tratamientos.

INFORMACIONES SOCIALES

POBLACION E IDIOMAS

Cuadro N° 33

DISTRITO	POBLACION DEL DISTRITO			IDIOMA		Porcentaje de población que habla Castellano
	Total	Urbana	Rural	Quechua	Aimara	
Ananea	5000	300	4700	"	—	20
Cuyo Cuyo	4600	800	3800	"	—	10
Putina	55000	3000	52000	"	—	20
Putina	20000	2300	17700	"	—	30
Taraco	12000	600	25000	—	"	20
Huancané	40000	5000	4000	—	"	5
Vilque Chico	26000	1000	11500	—	"	10
Cojata	5500	1500	29000	—	"	30
Rosaspata	12000	500	11400	"	—	20
Moho	32000	3000	35000	—	"	20
Conima	12000	800	11200	—	"	5
Pusi	7000	450	6550	"	—	20
Huata	5900	500	4050	"	—	55
Coata	5000	70	4930	"	—	50
Capa Chica	22000	700	21300	"	—	3
Tiquillaca	5550	300	5250	"	—	30
Vilque	6000	690	5400	"	—	50
Paucarcolla	5000	200	4800	"	—	45
Acora	45000	1500	43500	"	—	30
Chucuito	25000	500	24500	"	—	30
Cabanillas	11000	2000	9000	"	—	50
Juliaca	27000	14000	13000	"	—	60
Cabanilla	6800	700	6100	"	—	20
Lampa	17000	3000	14000	"	—	20
Desaguadero	3800	750	3050	—	"	50
Zepita	35000	300	34700	—	"	30
Yunguyo	31800	4000	27800	—	"	25
Pomata	23000	1800	21200	—	"	40
Juli	27800	3000	24800	—	"	10
Ilave	51000	3000	48000	—	"	20
Mazo Cruz	5000	150	4850	—	"	10
TOTAL:	588850	56320	532530			Media: 20

φ — = Idioma local.

INFORMACIONES SOCIALES

VIALIDAD

Cuadro N° 34

DISTRITO	Carreteras		Transportes Particulares	Distancias Kms 2. (2)	Correos y Telecomunicaciones
	Tipo	Estado (1)			
Ananea	Afirmado	R-M	Camión	Jul. 150-Sandia 85	Teléfono-Correo
Cuyo Cuyo	"	"	"	Jul. 196-Sandia 39	To-Co-Sandia
Sandia	"	"	"	Jul. 235	Rad-Tel-Co
Putina	"	R	"	Jul. 90	Tel-Co
Taraco	"	R-B	"	Jul. 22-Huanc. 22	Co.
Huancané	"	R	"	Jul. 67	Tel-Co.
Vilque Chico	"	R	"	Jul. 77-Huanc. 29	Co.
Coiata	Trocha	P	"	Huanc. 70	Co.
Rosaspata	Afirmado	M-P	"	Huanc. 35	Co.
Moho	"	R-B	"	Huanc. 44	Tel-Co.
Conima	Trocha	P	"	Huanc. 65	Co.
Pusi	"	R-M	"	Jul. 48	Co.
Huata	Huella	P	"	Jul. 37-Puno 39	Co.
Coata	"	P	"	Jul. 20-Puno 30	Co.
Capa Chica	"	P	"	Jul. 35-Puno 40	Co.
Tiquillaca	Afirmada	R-M	"	Puno 24	Co.
Vilque	"	"	"	Puno 35	Co.
Paucarcolla	"	R-B	"	Puno 15	Co.
Acora	"	R	"	Puno 35	Tel-Co.
Chucuito	"	"	"	Puno 20	Tel-Co.
Cabanillas	"	R-B	C. Camión	Jul. 35	Tel-Co.
Juliaca	"	B	"	Puno 45	To-Tel-Co.
Cabanillas	"	R	Camión	Jul. 36	
Lampa	"	R	"	Jul. 37	Tel-Co.
Desaguadero	"	"	"	Puno 155	Tel-Co.
Zepita	"	"	"	Puno 140	Tel-Co.
Yunguyo	"	"	"	Puno 132	Tel-Co.
Pomata	"	"	"	Puno 86	To-Tel-Co.
Juli	"	"	"	Puno 79	Tel-Co.
Ilave	"	"	"		Tel-Co.
Mazo Cruz	"	R-M	"	Puno 125	Tel-Co.

(1) B — Buena
M — Mala
R — Regular
P — Pésima

(2) Jul. — Juliaca
Huanc. — Huancané

(3) To — Teléfono
Tel — Telégrafo
Co — Correo
Rad. — Radiotelefonía

INFORMACIONES SOCIALES

RECURSOS SANITARIOS Y MAGISTERIALES

Cuadro N° 35

DISTRITO	Local Sa- nitario	N° de Médicos	Personal Auxiliar	N° de Escuelas	N°Aproximado de Maestros
Ananea	—	—	—	—	4
Cuyo Cuyo	—	—	—	7	12
Sandia	—	1	—	7	15
Putina	—	—	—	7	15
Taraco	—	1	1	11	28
Huancané	Posta en Cons.	1	—	30	40
Vilque Chico	Habilitado	—	1	22	29
Rosaspata	—	—	—	2	3
Cojata	—	—	—	7	12
Moho	—	—	—	22	35
Conima	—	—	—	9	20
Pusi	—	—	—	7	7
Huata	—	—	—	4	12
Coata	—	—	—	3	5
Capa Chica	—	—	—	9	16
Tiquillaca	—	—	—	1	5
Vilque	—	—	—	1	2
Paucarcolla	—	—	—	1	7
Acora	—	—	—	33	45
Chucuito	—	—	—	20	35
Cabanillas	Posta	—	1	4	6
Juliaca	Hosp. Clínica	11	16	28	36
Cabanilla	—	1	—	8	12
Lampa	Hosp. 20 camas	1	4	s/d.	s/d.
Desaguadero	Posta	1	4	4	8
Zepita	—	1	—	20	30
Yunguy●	Posta	1	3	22	30
Pomata	—	—	—	13	35
Juli	Posta	1	4	9	45
Ilave	Posta	1	4	55	70
Mazo Cruz	—	—	—	5	7
			39	448	711

Cuadro N° 36

DISTRITO	Local para proyecciones y charlas	Facilidades Instalación y Equipo	Local para salas de trabajo	Facilidades Alojamiento	Facilidades para Alimentación	Energía Eléctrica
Ananea	—	Relat. Concejo	Concejo?	—	—	—
Cuyo Cuyo	Concejo en const.	—	"	—	—	—
Sandia	Cine	" Concejo	"	Deficiente	Deficiente	"
Putina	Concejo	" Concejo	"	Deficiente	Relativas	"
Taraco	"	Relativas	"	—	Regular	"
Huancané	Cine	Posta	Posta	Deficiente	Regular	"
Vilque Chico	—	—	Rel. Colegio	—	—	"
Cojata	—	Relat. Concejo	Concejo	—	—	—
Rosaspata	—	—	Escuela	—	—	—
Moho	Colegio	Colegio	"	Deficiente	Regular	"
Conima	—	—	Escuela	—	—	—
Pusi	Concejo	Concejo	Conc. Coleg.	—	—	—
Huata	Escuela	—	Escuela	—	—	—
Coata	—	—	Concejo	—	—	—
Capa Chica	—	—	Escuela	—	—	—
Tiquillaca	—	—	Escuela	—	—	—
Vilque	Concejo	Concejo	Conc. Escuela	—	—	—
Paucarcolla	—	—	Escuela	—	—	—
Acora	—	—	Escuela	—	—	—
Chucuito	Concejo	—	Concejo	—	—	—
Cabanillas	Concejo	¿ ?	Posta	Deficiente	Deficiente	"
Juliaca	Cine	Concejo	Concejo	Deficiente	Regular	"
Cabanilla	—	—	Escuela	—	—	—
Lampa	Cine	Hospital	Hospital	—	Deficiente	"
Desagüadero	—	Posta	Posta	—	—	—
Zepita	—	—	Escuela	—	—	—
Yunguyo	Cine	Posta	Posta	Deficiente	Deficiente	"
Pomata	—	Concejo	Concejo	—	—	"
Juli	Cine	Posta	Posta	—	—	"
Ilave	Cine	Posta	Posta	—	—	"
Mazo Cruz	—	—	Concejo	—	—	—

INFORMACIONES SOCIALES

ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SERVICIOS HIGIENICOS

CUADRO Nº 37

DISTRITO	Abasto de Agua	Facilidades para beber Agua Potable	Facilidades para Lavar	Desagües	W. C.
Ananea	Pozo	—	—	—	—
Cuyo Cuyo	Acequias	—	—	—	—
Sandia	Pilón en esquinas	—	—	—	—
Putina	Pilones Públicos	—	—	—	—
Taraco	Vertiente	—	—	—	—
Huancané	Pozo	Red parte pueblo	Parte de pobl.	Parte poblac.	Alg. sect.
Vilque Chico	Red dom. pil. públ.	—	—	—	—
Cojata	Pozo	—	—	—	—
Rosaspata	Vertiente	—	—	—	—
Moho	Vertiente	—	—	—	—
Conima	Vertiente	—	—	—	—
Pusi	Vertiente	—	—	—	—
Huata	Pozo	—	—	—	—
Coata	Río	—	—	—	—
Capa Chica	Vertiente	—	—	—	—
Tiquillaca	Pozo	—	—	—	—
Vilque	Vertiente	—	—	—	—
Paucarcolla	Vertiente	—	—	—	—
Acora	Ver. pil. públicos	—	—	—	—
Chucuito	Vertiente	—	—	—	—
Cabanillas	Pozo	—	—	—	—
Juliaca	Red dom. pil. públ.	—	Parte de pobl.	Red parcial	Alg. sect.
Cabanilla	Vertiente	—	—	—	—
Lampa	Vert. pil. públ.	—	—	—	—
Desaguadero	Vertiente	—	—	—	—
Zepita	Vertiente	—	—	—	—
Yunguyo	Vertiente	—	—	En la posta	En la posta
Pomata	Vert. pil. públ.	—	—	—	—
Juli	Vert. red dom. parc.	—	—	En la posta	En la posta
Ilave	Río	—	—	En la posta	En la posta
Mazo Cruz	Pozo	—	—	—	—

INFORMACIONES SOCIALES

ACTIVIDAD Y SALARIO

Cuadro Nº 38

Distrito	Agricultura	Ganadería	Minería	Pequeño Comercio	Tipo de Salario	Promedio de Salario
Ananea	—	Escasa	—	—	Efectivo	8.00
Cuyo Cuyo	"	Escasa	—	—	Mixto	0.90
Sandia	"	Escasa	—	—	Mixta	7.00
Putina	"	"	—	—	"	4.00
Taraco	"	"	—	—	Efectivo	3.00
Huancané	"	"	—	—	Efectivo	5.90
Vilque Chico	"	"	—	—	Efectivo	4.00
Cojata	"	"	—	—	En productos	—
Rosaspata	—	Escasa	—	—	—	3.00
Moho	"	"	—	—	—	10.00
Conima	"	"	—	—	—	2.50
Pusi	"	Escasa	—	—	Mixta	2.00
Huata	"	Escasa	—	—	—	3.00
Coata	"	Escasa	—	—	—	2.00
Capa Chica	"	Escasa	—	—	—	2.00
Tiquillaca	"	Escasa	—	—	—	4.50
Vilque	"	Escasa	—	—	—	2.50
Paucarcolla	"	Escasa	—	—	—	5.00
Acora	"	"	—	—	Mixto	3.00
Chucuito	"	"	—	—	Mixto	5.00
Cabanillas	"	"	—	—	Mixto	8.00
Juliaca	"	"	—	—	Efectivo	12.00
Cabanilla	"	"	—	—	Mixto	4.00
Lampa	"	"	—	—	Mixto	5.00
Desagüadero	"	"	—	—	—	s/d
Zepita	"	"	—	—	—	5.00
Yunguyo	"	"	—	—	—	5.00
Pomata	"	"	—	—	—	5.00
Juli	"	"	—	—	Mixto	3.00
Ilave	"	"	—	—	—	5.90
Mazo Cruz	"	"	—	—	Mixto	1.00

PLAN DE LUCHA ANTITUBERCULOSA DEL CONVENIO DE SALUD PERU - BOLIVIANO

Reunión del día 9 de diciembre de 1959.—

El programa de lucha antituberculosa a realizarse en el Sur del Perú, ha sido diferido en el tiempo, debiéndose ejecutar previamente un plan piloto en colaboración con las autoridades sanitarias de la República de Bolivia; el área elegida para este plan piloto corresponde del distrito de Yunguyo en el Perú y la provincia de Copacabana en Bolivia, este programa se ha de extender sobre una población aproximada de 32,000 personas en el distrito de Yunguyo y 15,000 en el sector boliviano; con posterioridad a la realización del programa piloto se iniciará el plan de lucha en colaboración con los Organismos Internacionales — UNICEF, OMS.—

OBJETIVO CENTRAL.—

Llevar a cabo un programa de control de la tuberculosis tendiente a disminuir la prevalencia e incidencia de la enfermedad en el área piloto.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a.— Estudiar epidemiológicamente el problema de la tuberculosis en el área.
- b.— Efectuar un censo previo de la población.
- c.— Llevar a cabo un amplio programa de Educación Sanitaria.
- d.— Efectuar el control de la tuberculosis en dicha área mediante una encuesta tuberculino-radiológica de la población.
- e.— Conferir protección biológica a la población de estas colectividades mediante la aplicación de la Vacuna Antituberculosa B.C.G
- f.— Realizar quimioterapia y quimioprofilaxis a todos los casos que sean descubiertos y sus contactos.
- g.— Evaluar periódicamente y en su etapa final el trabajo efectuado.
- h.— Entrenar personal del área sanitaria local en métodos de lucha antituberculosa en programa de masa.
- i.— Recoger experiencias que sirvan para estructurar los procedimientos y métodos a utilizarse en un programa similar en escala nacional.

INFORMACIONES SOCIALES

1.— PLAN DE ACCION

- 1.1.— **Complementación del estudio del Area Piloto** mediante la visita de miembros de la Comisión Técnica para la observación en el terreno de las características demográficas, sanitarias, ambientales, socio-culturales, geográficas, etc. del área.
- 1.2.— **Censo demográfico - sanitario:** Para comprobar la información suministrada por los censos anteriores, los cuales han establecido una población aproximada de 15,000 habitantes en el Cantón de Copacabana y 31,000 en el distrito de Yunguyo.
- 1.3.— **Educación Sanitaria:** Destinada a despertar el interés y conseguir el respaldo de la población del área al proyecto piloto.
- 1.4.— **Encuesta Tuberculino-radiológica:** que será ejecutada en el 70% más el íntegro de la población del área Yunguyo - Copacabana para establecer las características epidemiológicas de tuberculosis en esa colectividad y comprende el estudio de la prevalencia por grupos de edad y sexo de la infección tuberculosa y la incidencia de la morbilidad.
- 1.5.— **Vacunación B.C.G.:** Para la protección biológica de todos los reactores negativos a la prueba tuberculínica, aprovechando de la encuesta que se realiza y siguiendo las normas preconizadas por la OMS referente a la Vacunación BCG en masa.
- 1.6.— **Tratamiento:** Será efectuado ambulatoriamente y a domicilio con dos drogas en la quimioterapia de los casos descubiertos y la quimio-profilaxia con una droga a todos los contactos. Los casos que requieran tratamiento nosocomial serán remitidos a centros hospitalarios especializados de los países correspondientes.

2.— RECURSOS EXISTENTES.— BOLIVIA

- a) Personal:
 - Dos médicos tisiólogos a tiempo integral
 - Dos técnicos de rayos X
 - Dos enfermeras tituladas.
 - Una educadora sanitaria
 - Una laboratorista
 - Una auxiliar de enfermera (local).
 - Dos choferes
- b) Equipos: Un equipo de Rayos X por recibir (Unidad Móvil)
Una camioneta.
- c) El centro de Operaciones será el Hospital Centro de Salud de Copacabana.
- d) El presupuesto será de Doscientos millones de bolivianos.

INFORMACIONES SOCIALES

2.1 PERU

- a) Personal:
 - Dos médicos
 - Dos enfermeras
 - Dos ayudantes de enfermería (local)
 - Dos técnicos de Rayos X
 - Una Secretaria-estadígrafa
 - Dos educadores
 - Una laboratorista
 - Tres choferes
- b) Un equipo de rayos X por recibir (Unidad Móvil).
 - Tres camionetas
- c) El centro de operaciones será el Hospital Centro de Salud de guyo.
- d) El Presupuesto será de Seiscientos mil soles oro.

3 — ORGANIZACION DEL TRABAJO Y SU EJECUCION

El programa se realizará siguiendo las normas establecidas por la Organización Mundial de la Salud. TECHNICAL GUIDE FOR TUBERCULOSIS SURVEY TEAMS, January, 1958.

- a) Se efectuará por los técnicos del programa (2 peruanos y 2 bolivianos) acompañados de las autoridades sanitarias locales, una visita a toda el área a trabajarse para ubicar los centros de concentración humana y locales de trabajo.
- b) Censo de población y vivienda que será ejecutado por los organismos sanitarios locales con ayuda de las Oficinas del Registro Civil y la asesoría de las Oficinas Nacionales del Censo y los organismos directivos de tuberculosis.
- c) Educación Sanitaria realizada con los métodos más apropiados de acuerdo a las características de la población y será efectuada por un técnico de educación sanitaria en Bolivia y dos técnicos peruanos. Estos técnicos normarán sus métodos a las recomendaciones internacionales y harán frecuente intercambio de las experiencias recogidas.
- d) Encuesta tuberculino-radiológica para el conocimiento de la prevalencia e incidencia de la tuberculosis en el área.
- e) El Material de fichas a usarse será el mismo en ambos países.

4 — PROCEDIMIENTOS

- a) Pruebas tuberculínicas técnica de Mantoux (la tuberculina a usarse será determinada por los consultores de la OMS).
- b) Exámenes radiográficos por fotofluorografía utilizando películas de 70 x 70 mm. en rollos de 400 exposiciones.
- c) Análisis de esputo por baciloscopia directa.

INFORMACIONES SOCIALES

- d) Vacunación con BCG preparada por el Instituto de Salud Pública de Lima, usada por vía intradérmica en la región deltoidea derecha a la dosis de 0.1 de cc. y a la concentración de 0.1 de mlg. de bacilos.
- e) La quimioterapia será proporcionada con la combinación de dos drogas siendo una de ellas la INH a la dosis de 5 a 8 mlg. por kilo de peso, las otras drogas serán Estreptomicina o PAS. La quimioprofilaxis para los contactos y presumiblemente recién infectados con una sola droga INH
- f) Los casos que requieran aislamiento o tratamiento quirúrgico serán derivados a los servicios u hospitales especializados en los correspondientes países.
- g) Se aprovechará de la encuesta para el entrenamiento y capacitación del personal de los servicios sanitarios locales y todo aquel que esté a la consideración de los organismos sanitarios centrales en los métodos de trabajo, en orden a su utilización futura en programas similares para la continuidad del programa a nivel local.

5 — CALENDARIO DE OPERACIONES PARA EL AÑO 1960

- a) La visita al terreno será efectuada en el mes de Enero.
- b) La educación sanitaria se iniciará en el mes de Febrero.
- c) El censo será efectuado en el mes de Marzo.
- d) La encuesta tuberculino-radiológica comenzará en el mes de mayo.

6.— EVALUACION PARA DETERMINAR LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA

- a) El Programa será reajustado periódicamente, de conformidad con los resultados de las evaluaciones que serán hechas por acuerdo mutuo del Comité Técnico Mixto
- b) Se considerará la eficacia del programa si se ha logrado examinar un 70% o más de la población censada.
- c) Periódicamente se efectuará el control de los casos descubiertos; este período no deberá ser mayor de tres meses.
- d) Después de 30 días de efectuada la vacunación, se comenzará a efectuar el control de los vacunados, para el análisis del viraje tuberculínico.
- e) Periódicamente y al final del trabajo se efectuará un análisis de la información recogida.
- f) Las experiencias que se recojan servirán para el reajuste de procedimientos y estructuración de programas futuros a desarrollarse en áreas circunscritas o en escala nacional.

Boletín Institucional

NUEVO PRESIDENTE DE LA JUNTA MEDICA CENTRAL

Con motivo del sensible y reciente fallecimiento del Dr. Francisco Graña Reyes,, quien fuera Presidente de la Junta del rubro, el Consejo Directivo de la Caja en su sesión de 4 de noviembre último, acordó nombrar en su reemplazo al Dr. Carlos Alberto Protzel.

El Dr. Protzel, quien anteriormente había prestado sus servicios en el Departamento de Cirugía del Hospital Obrero de Lima, es además miembro de la Comisión Especial nombrada por Resolución Suprema de 27 de febrero de 1958, con la finalidad de estudiar las reformas que sean susceptibles de ser introducidas en las disposiciones legales que rigen nuestro sistema, adecuándolas, de esta forma, a las experiencias adquiridas durante el lapso de funcionamiento del régimen, así como a los adelantos operados en el campo de la seguridad social.

RECONOCIMIENTO DE LA DEUDA DEL ESTADO — 1958

En 23 de octubre de 1959, se ha expedido por el ramo de Salud Pública, una Resolución Suprema que reconoce, como monto de la deuda del Estado por el ejercicio de 1958, la suma de S/. 18'360,891.95.

BALANCE Y LIQUIDACION DEL EJERCICIO 1958

En su sesión de 28 de diciembre último, el Consejo conoció la certificación general emitida por las autoridades de la Institución, señores Fetzer y Borkowski, referente al Balance y Liquidación del ejercicio de 1958.

Del análisis de estos documentos se desprenden las siguientes conclusiones, que dada su indiscutible importancia nos permitimos hacer conocer a nuestros lectores a continuación:

Seguro de enfermedad-maternidad.—

En el ejercicio que se analiza, los egresos por prestaciones otorgadas en este riesgo ascendieron a S/. 222'297,863.90; los gastos de funeral a S/. 852,868.60, los castigos de diversas cuentas que se atri-

INFORMACIONES SOCIALES

buyen al riesgo a S/. 2'892,610.81; la provisión para siniestro de vehículos a S/. 246,992.15 y la "provisión para deudas dudosas", partida esta que se incluye desde 1955 en el Balance, a S/. 120,717.05.

En consecuencia, el total de egresos del riesgo se eleva a S/. 226'411,052.51, frente a S/. 180'488,057.72 en 1957, es decir pues, que de la comparación se desprende un mayor gasto en ese período, en relación con el anterior, de S/. 45'922,944.79.

Los ingresos para el riesgo han ascendido en el mismo lapso a S/. 182'634,320.48, frente a S/. 153'043,175.61 en 1957.

De la confrontación entre los ingresos y gastos, se anota haberse producido un déficit de S/. 43'776,732.03, mayor en S/. 16'331,849.92 que en el año anterior en que sólo fue de S/. 27'444,882.11, y para cuya cobertura, como ha ocurrido en ejercicios anteriores, ha sido necesario emplear fondos provenientes de la reserva institucional para riesgos diferidos.

Seguro de invalidez.—

Los ingresos han sido de S/. 52'193,184.29 en parangón con los S/. 43'747,931.12 en 1957.

En cambio los gastos totales se elevaron a S/. 28'637,112.77 frente a S/. 24'013,311.30 del ejercicio anterior.

Resulta pues que se ha producido un mayor egreso de S/. 4'623,801.47, debiendo advertirse que se incluye en este rubro el aporte efectuado por el seguro de invalidez al de enfermedad-maternidad, de conformidad con el acuerdo de nuestro Consejo Directivo —su fecha 11 de mayo de 1951—y que ha ascendido a S/. 26'096,592.15.

Seguro de vejez.—

El total de ingresos de este riesgo ha sido de S/. 47'448,349.37 frente a S/. 39'770,846.47.

Los egresos referidos al pago de pensiones ascendieron a S/. 7'096,847.06, en comparación con los S/. 5'489,703.79 del año 1957, de donde se desprende un mayor gasto de S/. 1'597,143.27.

Seguro de muerte.—

Se han otorgado asignaciones de funeral por un monto de S/. 852,868.30, es decir una suma mayor en S/. 111,306.10 que en 1957, en que sólo fue de S/. 741,562.50.

En cuanto a capitales de defunción ha habido un egreso de S/. 1'621,518.71, es decir una cantidad más elevada que en el período anterior en que sólo se gastó S/. 1'541,867.51, por este concepto.

Ingresos y gastos de administración.—

Se ha gastado por este concepto en 1958, la suma de S/. 21'887,563.13.

INFORMACIONES SOCIALES

En cambio los ingresos han sido únicamente de S/. 18'214,549.85, o sea que en el presente ejercicio se ha producido un déficit de S/. 3'673,103.28, a cuya solventación han concurrido también los ingresos para riesgos de cobertura diferida.

Los mayores gastos en el seguro de enfermedad-maternidad, con relación a 1957, son atribuibles, fundamentalmente, al alto costo de los medicamentos utilizados y víveres consumidos, debiendo considerarse también como factor de esa elevación los aumentos salariales efectuados en ese ejercicio.

Los más altos egresos en los riesgos de invalidez, vejez y muerte, están en relación directa con la mayor acumulación y alza de las imposiciones, que consecuentemente han continuado determinando el crecimiento de los promedios de las pensiones que se han pagado en los dos primeros y los aumentos de las sumas abonadas en el último, en concepto de asignaciones de funeral y capitales de defunción.

En cuanto al aumento de las sumas gastadas en el rubro "Gastos de Administración", es debido también a las alzas salariales efectuadas, así como el mayor costo de los materiales y equipos, debiendo advertirse que casi no hay posibilidades de mayores ingresos en este renglón en el futuro, pues los correspondientes a los impuestos a los alcoholes, tabacos y cancelaciones, se hallan prácticamente en su límite de rendimiento.

El Gerente de la Institución, al exponer estos hechos en el seno del Consejo, en una de sus últimas reuniones, se refirió a la urgente necesidad de revisar las bases contributivas del régimen, deficitarias desde su inicio, para colocarlas en su justo nivel en breve plazo, evitando de esta forma, que la Caja tenga que confrontar en término cercano, un nuevo déficit económico, impidiéndole cumplir con su programa de mejoras en el aspecto asistencial, que es de urgente realización.

REAJUSTE DE TARIFAS EN BRAVO CHICO

Recientemente el Hospital Sanatorio de Eravo Chico N° 1, solicitó se elevara la tarifa diaria por paciente asegurado enviado por el Hospital Obrero de Lima, de S/. 55.00 a S/. 90.00 diarios.

En mérito a las razones aducidas, el Consejo ha autorizado al Director Gerente para acordar convencionalmente con el Ministerio del Ramo el reajuste de dichas tarifas, recomendando su fijación en S/. 80.00 diarios.

MOVIMIENTO DE ASEGURADOS DURANTE EL AÑO 1959

Publicamos a continuación un cuadro, preparado por nuestro Departamento de Afiliados, que señala el movimiento total de asegurados durante el año de 1959, en las diferentes zonas del territorio nacional, actualmente cubiertas por el sistema:

INFORMACIONES SOCIALES

MOVIMIENTO DE ASEGURADOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 1959

ZONAS	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
LIMA	1,992	6,898	737	113,354	161,895	17,961	8,709	188,565
PIURA	51	169	8	3,309	8,278	1,298	497	10,073
CHICLAYO	85	1,041	36	6,592	26,131	2,333	875	29,339
CHOCOPE	11	950	251	3,300	14,037	872	188	15,097
TRUJILLO	47	227	6	6,853	7,971	1,351	461	9,783
CHANCAY	140	761	89	13,625	20,505	1,755	850	23,110
YAULI	80	211	4	7,563	8,151	775	657	9,583
C. PASCO	31	113	3	7,038	10,535	1,647	294	12,476
CAÑETE	41	236	54	4,945	8,602	930	335	9,867
CALLAO	104	610	48	7,393	13,601	1,248	540	14,849
CHINCHA	33	156	17	3,757	8,010	710	352	9,072
ICA	43	491	1	5,973	12,084	1,100	420	13,604
PISCO	25	183	1	2,688	4,749	335	215	5,299
AREQUIPA	54	466	55	4,828	11,976	1,977	490	14,353
TACNA	85	376	—	14,063	5,278	5,028	678	10,984
HUANCAYO	8	575	—	10,323	74	5,173	1,007	6,254
TOTALES:	2,830	13,463	1,310	215,514	321,337	44,493	16,478	382,308

Clave.— I.—Duplicados; II.—Rectificaciones; III.—Reemplazos; IV.—Carnets; V.—Canje; VI.—Inscripciones; VII.—Reingresos; VIII.—Total de Activos.

Información Nacional

NUEVO DIRECTOR GENERAL DE SALUD

El 24 de noviembre último, prestó juramento de ley, el nuevo Director General de Salud, doctor Jorge Atkins, quien hasta entonces venía desempeñándose como Jefe del Area de Salud de Loreto; y que de esta forma reemplaza al anterior titular del cargo doctor Julio Muñoz Puglisevich.

INAUGURACION DE LA CASA DEL CANILLITA

Con fecha 1º de diciembre tuvo lugar la inauguración de un moderno edificio de cinco plantas, construido por la Junta Local de Asistencia a los Vendedores de Diarios, Revistas y Loterías (Ley N° 10674), con fondos provenientes de los impuestos especiales creados sobre los avisos en los diarios de la capital.

El referido local cuenta con todas las secciones indispensables, desde el refectorio, servicio médico y botiquín, asistencia social, escuela, cuna maternal, biblioteca, sala de recreación, jardín de la infancia, talleres de costura, carpintería y zapatería, hasta un auditorio con capacidad para 200 personas.

PRIMERA REUNION NACIONAL DE EDUCACION MEDICA

Entre los días 20 y 23 de octubre se llevó a cabo en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el certamen del epígrafe, bajo la presidencia del Ministro del Ramo, y con la participación del Decano de la Facultad de Medicina de Lima, doctor Alberto Hurtado, de los Directores de las Facultades de Medicina de Trujillo y Arequipa así como delegados de las mismas y de instituciones oficiales.

El tema central de la Reunión fue el de la enseñanza de la medicina en el Perú, considerándose que la función de las Facultades es "formar médicos de alta calidad, con sólida preparación y en relación directa con las exigencias del país, en los aspectos preventivo y asistencial, manteniendo además, permanente vínculo de las instituciones con los graduados".

Las conclusiones de esta Reunión se relacionan en términos generales, con las orientaciones del programa de educación médica, la naturaleza de los estudios, lo que a su vez origina "el principio de la se-

INFORMACIONES SOCIALES

lección de postulantes y la limitación de alumnos, conforme a las exigencias técnico-pedagógicas, y la capacidad docente de las Facultades. En cuanto a la creación de nuevas Facultades de Medicina, deberá contemplarse, fundamentalmente, la existencia y disponibilidad de adecuados recursos económicos, hospitalarios, sanitarios y docentes que permitan cumplir debidamente los ciclos de educación médica”.

FUNCIONES DE LA JUNTA PERMANENTE ANTITUBERCULOSA

Con fecha 22 de octubre último se ha expedido por el Ramo de Salud Pública, una Resolución Suprema que reestructura la Junta Permanente de Lucha Antituberculosa, señalando sus integrantes: Presidente: Sr. Ministro de Salud Pública y A.S.; Miembros: Director General de Salud (quien actuará como Presidente en casos de ausencia o impedimento del titular); los Directores de Servicios Técnico Normativos y de Areas de Salud; el Catedrático Principal de Tisiología y Enfermedades del Tórax de la Facultad de Medicina de Lima; el Presidente de la Sociedad Peruana de Tisiología; y un representante de cada una de las siguientes Instituciones: Seguro Social Obrero, Seguro Social del Empleado, Sociedad de Beneficencia de Lima, Municipalidad de Lima e Institutos Armados (uno por las tres armas) y el Jefe de la División de Tuberculosis, quien actuará como Secretario de la Junta.

Se han señalado como funciones de este importante organismo, las siguientes:

- a) Aprobar previo examen y adecuado análisis, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en el Perú;
- b) Sancionar el presupuesto del Programa, y por licitación, las adquisiciones de material que fueren necesarias;
- c) Considerar los informes que en sus aspectos técnicos y administrativos emita mensualmente el Jefe del Programa; y
- d) Resolver sobre cualquier modificación que se sugiera para la mejor marcha del Programa en ejecución.

I CONGRESO NACIONAL DE TRABAJADORES MINEROS

Entre los días 17 y 18 de diciembre, se realizó en la ciudad de Cerro de Pasco (Departamento de Pasco), el Primer Congreso Nacional de “Trabajadores Mineros, Metalúrgicos y Similares” del país, con la finalidad de: 1º hacer un amplio análisis de las condiciones generales de vida de los trabajadores mineros y metalúrgicos; 2º trazar nuevos lineamientos para la obtención de mayores beneficios en favor de la colectividad; 3º adoptar nuevos métodos para fomentar la futura grandeza del país; 4º sumar los esfuerzos de los trabajadores mineros a la conservación democrática de la Constitución y la paz social.

Entre las importantes y numerosas conclusiones adoptadas, han sido sancionadas las mociones sobre creación de escuelas sindicales en el país, el dictado de cursos de legislación social, historia del movimien-

INFORMACIONES SOCIALES

to obrero peruano y mundial, conjuntamente con asignaturas de cultura general.

CONVENIO PERUANO COLOMBIANO DE SALUD

Tuvo lugar recientemente en la ciudad de Iquitos, la celebración de un Convenio de Salud, entre los Ministros del Ramo del Perú y Colombia, doctores Guillermo Garrido Lecca y José Antonio Jácome Valderrama, conjuntamente con los Embajadores señores Víctor Proaño Correa y Nicolás Limas Vega, del Perú y Colombia, respectivamente.

Este nuevo documento ha sido suscrito, de conformidad con los siguientes objetivos:

a) Coordinar las actividades de los programas que ambos países desarrollan actualmente, a fin de que en estrecha cooperación pueda lograrse la erradicación de la malaria; y b) realizar campañas intensivas y permanentes para lograr la total desaparición de la viruela y la fiebre amarilla urbana y selvática, y mantener elevados índices de protección eficientes contra ambas enfermedades.

SE OTORGA LA CALIDAD DE EMPLEADOS A LOS CONTADORES POR HORAS

En mérito a lo dispuesto por la Ley N° 13266 de 5 de noviembre de 1959, "los contadores que trabajen por horas en el comercio, industria, ganadería, minería, empresas periodísticas, culturales y sociales, quedan comprendidos en la Ley N° 4916 y sus ampliatorias, cualquiera que fuere el número de horas que laboren".

En esta forma ha quedado modificado el artículo 21° de la Ley N° 6871, que establecía que los empleados por horas al servicio de empresas privadas, debían cumplir un tiempo mínimo de 4 horas diarias y en el caso de los contadores tres horas, para tener derecho a las indemnizaciones y goces correspondientes.

APROBACION Y RATIFICACION DE CONVENIOS INTERNACIONALES DE TRABAJO

Con fecha 15 de diciembre último, el Gobierno Peruano ha ratificado los Convenios Internacionales de Trabajo, que se detallan a continuación, expidiendo, a este fin las Resoluciones Legislativas Nos. 13281 y 13284:

1° Convenio N°. 87, sobre libertad sindical y la protección del derecho de sindicación (1948).

2° Convenio N° 10, sobre la edad mínima en la agricultura (1921)

3° Convenio N° 25, sobre el seguro de enfermedad en la agricultura (1927).

4° Convenio N° 29, sobre el trabajo forzoso (1930).

5° Convenio N° 36, sobre el seguro de vejez en la agricultura (1933).

INFORMACIONES SOCIALES

6º Convenio N° 38, sobre el seguro de invalidez en la agricultura (1933).

7º Convenio N° 40, sobre el seguro de muerte en la agricultura (1933).

8º Convenio N° 52, sobre las vacaciones pagadas (1936).

9º Convenio N° 81, sobre la Inspección del Trabajo (1947).

10º Convenio N° 99, sobre métodos para la aplicación de salarios mínimos en la agricultura (1951).

11º Convenio N° 100, sobre igualdad de remuneración (1951).

12º Convenio N° 101, sobre las Vacaciones pagadas (agricultura), 1951.

13º Convenio N° 102, sobre norma mínima de seguridad social (1952).

NUEVAS DISPOSICIONES SOBRE LAS ACTIVIDADES INDIGENAS

Con fecha 17 de diciembre último, se ha promulgado un Decreto Supremo que crea una comisión encargada de confeccionar un "Plan Nacional de Integración de las Poblaciones Aborígenes", con los siguientes objetivos:

a) Formular un programa para promover el mejoramiento de los niveles de vida y trabajo de las colectividades indígenas, así como su plena integración en el proceso de desarrollo económico y social del país;

b) Asegurar el cabal cumplimiento de dicho plan, mediante la colaboración orgánica y coordinada de las distintas reparticiones ministeriales y organismos estatales de fomento;

c) Obtener con el mismo fin, la cooperación de universidades, centros superiores de estudios, entidades y asociaciones privadas, a las cuales interese el progreso técnico, cultural y social del campesinado indígena;

d) Proponer al Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas las medidas pertinentes para la eficaz utilización de la asistencia técnica y financiera, que al efecto proporcionan los organismos internacionales y que se otorgan en virtud de acuerdos bilaterales;

e) Señalar las medidas que estime necesarias para la realización de la política indigenista del Gobierno; y

f) Emitir opinión sobre todos los asuntos que el Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas someta a su consideración.

Presidirá la Comisión, el Ministro de Trabajo y A. I., en su defecto, el Consejero en Política Indigenista, cuya función es asesorar al Ministro del Ramo en todas las cuestiones referentes a la ejecución del Plan, y opinar sobre los asuntos específicos que se le consideren.

Además, integran este Organismo, cuatro miembros del Instituto Indigenista Peruano, el Director General de Asuntos Indígenas, un delegado de los Ministerios de Educación, Fomento, Salud Pública, Agricultura y Guerra, el Director Regional del Programa de Acción An-

INFORMACIONES SOCIALES

6º Convenio N° 38, sobre el seguro de invalidez en la agricultura (1933).

7º Convenio N° 40, sobre el seguro de muerte en la agricultura (1933).

8º Convenio N° 52, sobre las vacaciones pagadas (1936).

9º Convenio N° 81, sobre la Inspección del Trabajo (1947).

10º Convenio N° 99, sobre métodos para la aplicación de salarios mínimos en la agricultura (1951).

11º Convenio N° 100, sobre igualdad de remuneración (1951).

12º Convenio N° 101, sobre las Vacaciones pagadas (agricultura), 1951.

13º Convenio N° 102, sobre norma mínima de seguridad social (1952).

NUEVAS DISPOSICIONES SOBRE LAS ACTIVIDADES INDIGENAS

Con fecha 17 de diciembre último, se ha promulgado un Decreto Supremo que crea una comisión encargada de confeccionar un "Plan Nacional de Integración de las Poblaciones Aborígenes", con los siguientes objetivos:

a) Formular un programa para promover el mejoramiento de los niveles de vida y trabajo de las colectividades indígenas, así como su plena integración en el proceso de desarrollo económico y social del país;

b) Asegurar el cabal cumplimiento de dicho plan, mediante la colaboración orgánica y coordinada de las distintas reparticiones ministeriales y organismos estatales de fomento;

c) Obtener con el mismo fin, la cooperación de universidades, centros superiores de estudios, entidades y asociaciones privadas, a las cuales interese el progreso técnico, cultural y social del campesinado indígena;

d) Proponer al Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas las medidas pertinentes para la eficaz utilización de la asistencia técnica y financiera, que al efecto proporcionan los organismos internacionales y que se otorgan en virtud de acuerdos bilaterales;

e) Señalar las medidas que estime necesarias para la realización de la política indigenista del Gobierno; y

f) Emitir opinión sobre todos los asuntos que el Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas someta a su consideración.

Presidirá la Comisión, el Ministro de Trabajo y A. I., en su defecto, el Consejero en Política Indigenista, cuya función es asesorar al Ministro del Ramo en todas las cuestiones referentes a la ejecución del Plan, y opinar sobre los asuntos específicos que se le consideren.

Además, integran este Organismo, cuatro miembros del Instituto Indigenista Peruano, el Director General de Asuntos Indígenas, un delegado de los Ministerios de Educación, Fomento, Salud Pública, Agricultura y Guerra, el Director Regional del Programa de Acción An-

INFORMACIONES SOCIALES

dina y el Jefe de la Oficina Ejecutiva del Plan, quien actuará como Secretario.

Corresponderá al Instituto Indigenista Peruano, en su calidad de órgano consultivo de la Comisión, efectuar los estudios que se le solicite, para el mejor cumplimiento de estas funciones.

En armonía con los fines del Plan Nacional de Integración de las Poblaciones Indígenas, se ha creado en el seno del Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas, la "Oficina Ejecutiva del Plan Nacional", que dependerá directamente del Ministro, y tendrá a su cargo la administración de los programas departamentales de integración actualmente existentes, y los que posteriormente se establezcan en conformidad con los objetivos trazados.

CONCLUSIONES DEL PRIMER SEMINARIO DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

El día viernes 9 de noviembre, tuvo lugar la clausura del certamen del rubro, conjuntamente con la entrega de certificados a los 25 miembros concurrentes a este evento científico. Las conclusiones más importantes fueron las siguientes:

Administración: No puede asegurarse la calidad de los cuidados de enfermería, si los esfuerzos del personal, no están respaldados por una eficiente administración que asegure el trabajo, y brinde las facilidades indispensables.

Educación: a) .— La enfermera necesita constantemente preparación formal e informal, para asegurar buena atención al enfermo; b) por la escasez de enfermeras se hace necesario el personal auxiliar, el que debe ser entrenado por las tituladas dentro de los mismos establecimientos.

Legislación: Existen numerosas disposiciones legales pero aisladas y dispersas, sin ningún organismo que las respalde y oriente su debido cumplimiento, por lo que es conveniente la dación de un Reglamento de Enfermería.

Deontología: La profesional enfermera se halla sujeta a normas de ética, y por ello necesita estar más compenetrada de ellas así como de las pautas cristianas de conducta que regirán sus actividades.

Los miembros del Seminario creen conveniente: a) la creación de un colegio para enfermeros y enfermeras; b) la formación de un organismo representativo nacional de todas las profesionales de enfermería; c) que en el plan de estudios de las Escuelas de Enfermeras, se tenga en cuenta un curso de Deontología Profesional.

EL CERTIFICADO DE DEFUNCION FETAL

Un Nuevo Formulario para la Estadística Sanitaria

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por intermedio del Programa de Bioestadística del Servicio Cooperativo Intera-

INFORMACIONES SOCIALES

mericano de Salud Pública y en cooperación con el Comité Nacional de Estadística Vital y Sanitaria ha preparado un nuevo certificado que tiene por objeto recoger información sobre las defunciones fetales, estos es, los abortos y los nacidos muertos.

Se calcula que en el país ocurren anualmente alrededor de 350,000 nacimientos vivos, es decir que el nacido ha mostrado algún signo de vida al separarse del claustro materno. Igualmente se producen también otros nacimientos en forma inanimada, cuya cantidad y naturaleza es desconocida porque no han habido pautas para la notificación de estos, ni los registros civiles tienen reglamentos para su inscripción.

El nuevo certificado de defunción fetal, término con que se denomina al fenómeno de los abortos y nacidos muertos, sirve para que los profesionales que atienden a los nacimientos inanimados, consignen los datos sobre las causas y las circunstancias en que se produjeron estos hechos.

El interés de conocer la magnitud del aspecto terminal del embarazo es de importancia capital para los organismos sanitarios, por las conexiones que ello tiene con los programas de protección maternal. Desde este punto de vista la clasificación médica de los fetos en "viables" o "no viables" ha sido una de las barreras que se ha interpuesto para el conocimiento de las defunciones fetales por que sólo se ha dado importancia a los primeros y se omite totalmente informar sobre los segundos. Para los propósitos de la bioestadística esta clasificación carece de significación, ya que en ambos casos se trata de un feto que tenía vida dentro del claustro materno y cuya extinción antes o al momento de ser expulsado fue debido a causas patológicas o no dependientes de la madre o del feto o ambas, pero que es preciso conocer para prevenirlas.

Influenciado, seguramente por este criterio no se ha proporcionado facilidades para que los médicos y las obstetrices informen sobre la defunción fetal, y cuando lo han hecho se ha empleado para ello indistintamente el certificado de nacimiento o defunción. El Registro Civil no reconoce legalmente a la defunción fetal pues no hay libros para la inscripción, ni el Código Civil da cabida en sus articulados a la defunción fetal.

Definición de la Defunción Fetal.—

Se debe señalar que en casi todos los países del mundo gran parte de la razón, por desconocer la extensión del problema, se debe a la falta de una definición uniforme de lo que constituye la defunción fetal.

Así, también lo ha entendido la Organización Mundial de la Salud y para resolver este obstáculo, el Comité de Expertos en Estadística de la O.M.S., después de mucho estudio y consultas ha adoptado la definición correspondiente y la designación del término que incluye a los abortos y los nacidos muertos.

INFORMACIONES SOCIALES

Para poder establecer una base uniforme que permita la comparación internacional de las estadísticas de nacimientos vivos y de defunciones fetales, la Tercera Asamblea Mundial de la Salud en 1950 recomendó las siguientes definiciones y pautas de tabulación elaboradas por el Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias:

“DEFUNCION FETAL, ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCION, ANTES DE LA COMPLETA EXPULSION O EXTRACCION DE LA MADRE, SIN CONSIDERAR LA DURACION DEL EMBARAZO, EL FALLECIMIENTO ESTA INDICADO POR EL HECHO DE QUE, DESPUES DE DICHA SEPARACION, EL FETO NO RESPIRA NI MUESTRA NINGUNA OTRA EVIDENCIA DE VIDA, TAL COMO LATIDOS DEL CORAZON, PULSACION DEL CORDON UMBILICAL O MOVIMIENTOS DEFINIDOS DE LOS MUSCULOS VOLUNTARIOS”.

La Organización Mundial de la Salud, considera que las defunciones fetales deben ser agrupadas en las siguientes tres categorías, de acuerdo a la edad del feto:

GRUPO I. Defunción Fetal precoz: de menos de 20 semanas de gestación.

GRUPO II. Defunción Fetal intermedia: entre 20 y 28 semanas.

GRUPO III. Defunción Fetal reciente: de más de 28 semanas de gestación.

Igualmente se ha recomendado que todos los Estados Miembros traten de recoger datos acerca de los tres grupos de defunciones fetales, trabajo que se hace en algunos países pero cuya ejecución es muy difícil en otros.

Al mismo tiempo los países que son miembros de la Organización Mundial de la Salud han quedado comprometidos a poner en vigencia la nueva definición y a dictar las disposiciones para la recopilación de los datos sobre las defunciones fetales. La República del Perú, por intermedio del Comité Nacional de Estadísticas Vitales y Sanitarias asumió la responsabilidad de poner en práctica las recomendaciones sancionadas anteriormente. Con este objeto se han dado los pasos requeridos, habiendo consultado a los técnicos del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, Dirección General de Salud Pública, Dirección de Estadística, Federación Médica Peruana y Asociación Peruana de Obstetrices que ayudaron a la formulación del certificado y su contenido. Producto de estos esfuerzos es el certificado ideado y las instrucciones necesarias para llenarlo debidamente.

El Certificado de Defunción Fetal.—

El Certificado de Defunción Fetal puesto en uso en el Perú, sigue los lineamientos generales ya establecidos para los certificados de nacimientos y defunción. Consta de dos partes, una superior y más chi-

INFORMACIONES SOCIALES

ca que se desglosa de la inferior, contiene los datos requeridos para informar a la oficina del Registro Civil y obtener el permiso de entierro e inhumación en el cementerio. La parte inferior es más grande, contiene los datos técnicos de la defunción fetal y la causa. Mediante la obtención de estos pormenores, permitirá a los organismos sanitarios estudiar las estadísticas respectivas y programar, sobre la base de la información sumaria de las características de las defunciones fetales, los planes de protección maternal que eviten el desperdicio de vidas.

Los objetivos del certificado de defunción fetal son: obtener datos exactos que ilustren sobre las circunstancias y factores a que se deben atribuirse las defunciones fetales; idear programas de protección maternal; demostrar la seriedad del programa y su reconocimiento por el cuerpo médico y autoridades sanitarias.

Beneficios Derivados del Certificado.—

El registro de las defunciones fetales es importante por que permite tener conocimiento de la pérdida de vidas que ocurren en los períodos prenatal y natal y además, por la estrecha relación que existe entre defunción fetal y morbilidad y mortalidad maternas. Para reducir con efectividad las pérdidas fetales y maternas que resultan de estas defunciones, es de suma importancia que los grupos médicos y sanitarios tengan información referente a la magnitud del problema y conocimiento de los factores básicos fetales y maternas que intervienen en las defunciones fetales.

El certificado de defunción fetal se comenzará a usar en las clínicas de maternidad y hospitales que atiendan embarazos y partos primeramente con el objeto de familiarizar al Cuerpo Médico e incorporar las sugerencias que sean necesarias para adoptar el modelo definitivo. Después será obligatorio su expedición en los lugares donde hayan profesionales y brinden la asistencia médica correspondiente.

—oOo—

Información Extranjera

ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO

142a. Reunión del Consejo de Administración

Los días 29 y 30 de mayo y 9, 10 y 26 de junio del año 1959 se reunió en Ginebra, el Consejo de Administración de la OIT, bajo la presidencia del Sr. J.A. Barboza Carneiro (Brasil), con asistencia de delegados gubernamentales, de empleadores y trabajadores, así como representantes de organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales.

En dicha reunión, el Consejo aprobó el siguiente temario de la 45 Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, a realizarse en junio de 1961:

- a) Problemas y políticas del empleo (discusión general).
- b) Igualdad de trato de nacionales y extranjeros (seguridad social)
- c) Formación profesional;
- d) Prohibición de la venta y del arrendamiento de maquinaria industrial desprovista de dispositivos de protección adecuados;
- e) Empleo de menores en trabajos subterráneos en toda clase de minas.

Fue objeto de especial estudio por el Consejo, el documento complementario sobre la creación por la Oficina Internacional del Trabajo, en colaboración con la Asociación Internacional de la Seguridad Social, de un Centro Internacional de Información sobre la Seguridad e Higiene en el Trabajo; habiéndose, posteriormente autorizado al Director General para establecer el mencionado Centro, así como proponer las bases estructurales y reglamentarias del nuevo Instituto Internacional de Estudios Sociales y Laborales.

El Consejo conoció además diversos informes sometidos por el Director General, y discutió otros tantos aspectos relacionados con el trabajo forzoso, métodos de funcionamiento de la Conferencia, procedimientos sobre las Comisiones que ésta constituyera, reglamento y aplicación de los convenios y recomendaciones, convenciones regionales, etc.

Rectificación de Convenios

En las fechas que se indica, el Director General de la OIT, ha registrado las siguientes ratificaciones de convenios internacionales de trabajo:

INFORMACIONES SOCIALES

R. F. Alemana (22-6-59). Convenios sobre los trabajadores migrantes (revisado 1949) y abolición del trabajo forzoso (1957).

Australia (12-6-59). Convenio sobre la igualdad de trato (accidentes de trabajo, 1925).

Bulgaria (9-6-59). Convenios sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación (1948) y sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva (1949).

India (24-6-59). Convenio sobre el servicio del empleo (1948).

Irak (15-6-59). Convenios sobre la abolición del trabajo forzoso (1957) y sobre la discriminación en el empleo y ocupación (1958).

México (1-6-59). Convenios sobre la abolición del trabajo forzoso (1957), sobre el descanso semanal en el comercio y oficinas (1957) y sobre poblaciones indígenas y tribales (1957).

Canadá (14-7-59). Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso (1957).

Ghana (9-7-59). Convenios sobre los métodos para la fijación de salarios mínimos (1928); sobre la inspección del trabajo (1947), trabajo nocturno de mujeres (1948), derecho de sindicación y negociación colectiva (1949).

Liberia (22-7-59). Convenios sobre las plantaciones (1958) y la discriminación en el empleo y ocupación (1958).

Israel (21-8-59). Convenio sobre el servicio del empleo (1948).

Túnez (14-9-59). Convenio sobre la discriminación en el empleo y ocupación (1958).

Aplicación de Convenios

El Director General de O.I.T. ha recibido en las fechas que a continuación se indican, las declaraciones de Gobiernos nacionales sobre la aplicación de Convenios internacionales de trabajo:

Australia (8-7-59).—Convenios sobre la edad mínima (trabajo marítimo) (1920), edad mínima, agricultura (1921) y derecho de asociación, agricultura (1921), a los territorios no metropolitanos de Nueva Guinea, Papuasias, y los dos últimos a las Islas Norfolk.

Entrada en vigor de Convenios

Habiéndose registrado las ratificaciones del Convenio sobre las plantaciones (1958) por los Gobiernos de Cuba y Libia, este instrumento, de conformidad con la constitución vigente, entrará en vigor el 22 de enero de 1960.

Igualmente, en virtud de la ratificación por parte de los Gobiernos de Israel, Liberia e Irak, del Convenio sobre discriminación, empleo y ocupación (1958), entrará éste en aplicación el 15 de julio de 1960.

INFORMACIONES SOCIALES

ASOCIACION INTERNACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Composición del Consejo y de la Mesa Directiva

Nos es grato hacer llegar a nuestros lectores, la relación de los señores miembros integrantes del Consejo y de la Mesa Directiva de la A.I.S.S., durante 1960:

Presidente: Profesor Renato Mcrelli (Italia).

Vicepresidente: Señores: Benito Coquet (México), Walter Gasmann (Alemania), Zdenko Has (Yugoeslavia) y Aimé Texier (Francia).

Tesorero: Señor Bernard A. Van Schaik (Holanda).

Secretario General: Señor Leo Wildman (O.I.T.).

Miembros: Señores Hirokuni Dazai (Japón), Evzen Erban (Checoslovaquia), Peter Friis (Dinamarca), Grigory Krapanov (Rusia), Cemal Kiper (Turquía) y W. L. Mitchell (U.S.A.).

Representantes de la A.I.S.S. en el Comité de Expertos en Seguridad Social de la OIT: Señores: Jérôme Dejardin (Bélgica) y Clement Michel (Francia).

Presidentes de las Comisiones Permanentes de la AISS:

C. de Actuarios y Estadígrafos de la Seguridad Social:

Dr. Gonzalo Arroba (Venezuela).

C. de Seguro de Desempleo: Sr. Raymond Etienne. (Francia).

C. de Prevención de Riesgos Profesionales: Sr. Alfredo Mallet Simonetti (Chile).

C. Médico-Social: Sr. Reinhold Melas (Austria).

C. de Organización y Métodos: Sr. Arthur Patterson (Inglaterra).

C. de Asignaciones Familiares: Sr. Maric Roseira (Portugal).

C. de la Mutualidad: Sr. Jack Senet (Francia).

ALEMANIA (R.F)

Nuevo Régimen de asistencia a tuberculosos

El 23 de julio de 1959, se ha promulgado una nueva reglamentación de asistencia tuberculosa en la República Federal Alemana, que comprende no sólo a la población asegurada, sino también a todos los residentes, dentro de determinados límites de renta. A diferencia del antiguo régimen de lucha contra la T.B.C., el que se resena ahora, contempla no sólo prestaciones sanitarias, sino también en dinero, así como medidas de prevención y todas aquellas disposiciones tendientes a la correcta recalificación profesional del tuberculoso, facilitando su retorno a la vida laboral activa.

Están comprendidos en el nuevo sistema, todos los asegurados y beneficiarios de pensiones del seguro de invalidez, vejez y sobrevivientes (empleados, obreros y mineros), los dependientes y pensionados del Gobierno Alemán, de los Estados (Länder), comunas, ferrovías federa-

INFORMACIONES SOCIALES

les y de sus familiares a cargo, así como todos los ciudadanos que dispongan de una renta inferior a DM. 660 mensuales (elevable en DM 60 al mes por cada familiar a cargo, con un máximo de DM 990). Quienes perciban ingresos superiores a las reseñados, pueden obtener los beneficios que se indican, pero cubriendo parte de los gastos respectivos.

La nueva ley de lucha antituberculosa, contempla dos clases de **prestaciones**: en dinero y en especie.

a) En especie: asistencia sanitaria (cura médica, ambulatoria, medicamentos, material sanitario, recuperación en casas de reposo) asistencia a los extuberculosos, a fin de facilitar su pronta reincorporación en la vida activa; con este objeto, se establecen cursos de extensión escolástica, de calificación y de recalificación profesional, para dirigir a los asistidos hacia una ocupación adecuada; asistencia preventiva, tendiente a proporcionar a las personas generalmente expuestas al contagio del mal de Koch, todos los cuidados necesarios para evitarla.

b) en dinero: comprende el pago de los medios necesarios para el mantenimiento del sujeto y de sus familiares a cargo, por un período máximo de 2 años, con arreglo a un tenor vital que asegure el mejor éxito del tratamiento; indemnizaciones para pequeños gastos al asistido, durante todo el proceso de recuperación en sanatorio y por el lapso de adiestramiento desarrollado en el internado. Subsidios para la adquisición de implementos y vestuarios, en casos muy especiales. Se contempla incluso, la posibilidad de requerir ayuda de terceras personas, en labores domésticas o conducción de granjas pequeñas.

Las instituciones encargadas de esta gestión antituberculosa, son:

— los entes asistenciales de los Estados (Länder), con competencia territorial para todos los ciudadanos no sujetos a ningún instituto, que concederán las prestaciones a solicitud del interesado y de oficio, en situaciones urgentes;

— las entidades gestoras del seguro de pensiones de empleados, obreros y mineros, asegurados y pensionados de las mencionadas ramas y de sus familiares a cargo;

— Las instituciones a cargo del seguro de enfermedad que contemplen curas antituberculosas ambulatorias de asegurados o pensionados;

— El Estado, los Estados Federales, los ferrocarriles alemanes, para sus propios dependientes.

Cuanto a su funcionamiento, el Gobierno federal hará frente a la mitad de los gastos que ocasione el nuevo programa; en el caso de los Estados (tratándose de la asistencia sanatorial, adiestramiento profesional y colocación de extuberculosos) y de los institutos de seguro de pensiones, serán atendidos con fondos provenientes de sus cursos financieros.

INFORMACIONES SOCIALES

C U B A

Creación del Banco de Seguros Sociales

En virtud de la ley N° 351, de 4 de junio de 1959, se ha creado el "Banco de Seguros Sociales de Cuba", novísima institución que incorpora a las 20 cajas de seguros obligatorios de invalidez, vejez y muerte de los trabajadores particulares, existentes en el país, contemplándose la progresiva extensión del seguro a otros sectores laborales no protegidos.

Se constituye como patrimonio básico del Banco, el capital de las actuales cajas de seguro obligatorio, en mérito a la transferencia de fondos ordenada; y se contempla, además el sistema de cotización tripartita (Estado, empleador y asegurado), cuya fijación corresponderá a la ley orgánica de seguros sociales, muy próxima a dictarse.

El Banco por ahora, cubrirá los riesgos de invalidez, vejez y muerte, conforme a las disposiciones de las cajas actuales, previéndose, además, la extensión del seguro a otros sectores aún no cubiertos. Igualmente, se piensa llegar a la unificación de los demás regímenes e instituciones que cubren eventos diferentes a los citados, con la finalidad de establecer un ente nacional integral a cargo de toda la seguridad social cubana.

A R G E N T I N A

1er. Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social

A iniciativa del Director del Instituto de Derecho del Trabajo, de la Universidad Nacional de Tucumán, se realizará en dicha ciudad, entre el 21 y el 26 de marzo de 1960, el 1er. Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. A este fin, se ha constituido una comisión mixta encargada de la organización general del referido Congreso, integrada por el Dr. Luis A. Despontín (Presidente del Instituto Nacional Universitario de Derecho Social y Presidente de la Comisión), Dr. Juan D. Pozzo (Presidente de la Asociación Argentina de Derecho del Trabajo); Dr. Mariano Tissebaum (Director del Instituto de Derecho del Trabajo, y Secretario General de la Comisión) y los Dres. José María Rivas, Manuel Pintos y Ernesto Krotoschin.

La Comisión ha aprobado el siguiente temario del Congreso:

- I. Codificación del Derecho de Trabajo y de la Seguridad Social:
 - 1.—Conveniencia y oportunidad de la codificación.
 - 2.—Técnica y metodología adecuada.
 - 3.—Delimitación de las atribuciones de la Nación y sus Provincias, en materia de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social: a) en general; y b) en especial, con referencia a los conflictos colectivos del trabajo.

INFORMACIONES SOCIALES

- 4.—Contenido de la codificación: a) materias de derecho de trabajo que deben incluirse; y b) materias de seguridad social aptas para la codificación.

II. La enseñanza del Derecho del Trabajo y la Seguridad Social: Universitaria, especializada, sindical y para dirigentes de empresa.

I T A L I A

Extensión del seguro de invalidez y vejez a los artesanos y a sus familiares

Por Ley N: 463, de 4 de julio de 1959, se ha comprendido en el seguro obligatorio de invalidez, vejez y sobrevivientes a todos los artesanos italianos. Tan importante disposición, contribuye a la ampliación de la política asegurativa tendiente a la integración de todas las categorías de trabajadores autónomos, en el ámbito de la seguridad social; cultivadores directos, colonos, etc., quienes con anterioridad (ley de 22 de diciembre de 1956) ya han sido incorporados en el seguro obligatorio de enfermedad.

Asimismo, se ha incluido a los familiares del titular, que habitualmente preferentemente laboran en la finca y que antes no hayan sido comprendidos en la obligación de la nueva ley.

Con este objeto, la ley considera como familiares: al cónyuge, a los hijos legítimos o legitimados (los adoptivos y los naturales reconocidos o judicialmente declarados), los ascendientes (padres, padres adoptivos), padrino o madrina, hermanos y hermanas.

En el seno del Instituto de Previsión Social, se ha creado el Comité de Vigilancia respectivo, con fines deliberativos y consultivos, presidido por el Jefe del I.N.P. e integrado por ocho miembros (uno del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, uno del Tesoro, uno del Ministerio de Industrias y Comercio y 5 representantes de los asegurados), por un lapso no mayor de 4 años, actuando el Director General del I.N.P. con voto consultivo únicamente.

Se ha establecido dos sistemas de financiamiento:

a) mediante una contribución anual a cargo del Estado, fijada para el ejercicio 1958-59, en 2,500 millones de liras. Para períodos posteriores esta contribución será señalada por ley del Parlamento.

b) con una cuota de cada artesano y de sus familiares con derecho, que se retrotrae al 1º de enero de 1959, fijada para el primer año de funcionamiento en 600 liras mensuales (un dólar americano). Sucesivamente, el monto de esta contribución será precisado anualmente por Decreto del Presidente de la República, a propuesta del Ministerio de Trabajo y Bienestar Social, en relación con el costo del sistema y habida cuenta del concurso estatal.

INFORMACIONES SOCIALES

REPUBLICA ARABE UNIDA (R.A.U.)

Nueva ley sobre seguros sociales

Con fecha 1º de agosto de 1959, ha entrado en vigor la nueva ley sobre seguros sociales dictada para las dos regiones de la RAU, comprendiendo tres ramas: a) accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; b) vejez y c) invalidez y muerte. Se contempla en fecha próxima la introducción del seguro de enfermedad y luego del seguro de desempleo, en el plazo de un año y tres años, respectivamente.

Esta nueva ley se aplicará por etapas en las zonas y empresas que se designarán sucesivamente por intermedio del Ministerio Central de Asuntos Sociales y Trabajo, debiendo cubrir en un período no mayor de dos años, a todo el territorio nacional.

Campo de aplicación: La ley comprende a todos los trabajadores y aprendices (excluyendo los agrícolas, temporales y ocasionales), y previa consulta del Consejo del Instituto, el Ministro podrá extender el régimen a otras categorías de personas no incluidas ahora; como los trabajadores a domicilio, los independientes, los miembros de profesiones liberales, e incluso los jefes de empresa.

Contribuciones: Los porcentajes fijados por la nueva disposición, para cada uno de los riesgos tutelados, son los siguientes:

	Empleador	Trabajador
Accidentes del trabajo y Enf		
Profesionales	3%	—
Vejez	5%	5%
Invalidez y muerte	2%	—

Vejez: El derecho a pensión de vejez se reconoce a todo asegurado que cumpla la edad de 60 años, siempre que haya cotizado durante 180 meses ininterrumpidos o un lapso discontinuo de 240 meses; en caso de no alcanzar este mínimo, se reembolsará al afiliado o derecho habientes, el capital acreditado más intereses.

Invalidez y muerte: Estas prestaciones están subordinadas al pago de cotizaciones durante 12 meses seguidos o 24 meses discontinuos, particularmente los 3 últimos sin interrupción.

Las rentas por invalidez, vejez y muerte (en el caso de los supérstites) equivalen al 25% del promedio de los salarios percibidos durante los tres últimos años, o durante el período de afiliación si este plazo es menor de tres años; la pensión por alguno de estos eventos no podrá ser inferior a 10 libras egipcias o 100 libras sirias por mes.

INFORMACIONES SOCIALES

Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales: Conforme a las nuevas disposiciones, los afiliados tienen derecho hasta su curación, o comprobación de la invalidez, a servicios de medicinas y de médicos especialistas, visitas domiciliarias, hospitalización, atenciones quirúrgicas, farmacéuticas, servicios de readaptación, aparatos protésicos, etc. En caso de incapacidad temporal, durante los 80 días posteriores al accidente o comprobación de la enfermedad profesional, se abonará un subsidio indemnizatorio de 70% del salario, elevable al 80%, a partir del 81º día y que se pagará hasta la total curación o comprobación de la invalidez, con un año como máximo.

Si la incapacidad es permanente y total, recibirá pensión igual al 60% de su salario, con un mínimo de 240 piastras o 24 libras sirias mensuales, y hasta un máximo de 240 libras sirias o 24 libras egipcias al mes.

Por incapacidad permanente y parcial, superior al 35% se abonará una pensión proporcional; si el grado de incapacidad oscila entre el 10 y 35%, recibe un capital igual a 5 anualidades y media de la pensión a que tiene derecho.

Organización: Se ha creado el Instituto de Seguros Sociales al que se transfieren todos los derechos y obligaciones de las entidades de previsión existentes con sede principal en El Cairo. Cuenta con un Consejo de Administración presidido por el Ministro de Asuntos Sociales y del Trabajo, e integrado por 4 representantes de los asegurados, 4 de los empleadores y 4 de los Ministerios de Planificación, Economía, Industria e Higiene, respectivamente.

—oOo—

Legislación Social Peruana

*Salud Pública y
Asistencia Social*

ESTUDIO DE LAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO EN LOS COMEDORES NACIONALES

R.R. Nº 99 DGS, 28-91-59

“El Peruano” 3-10-59

Nombra una Comisión encargada de formular un proyecto de estructuración y funcionamiento de los Comedores Nacionales, presidida por un representante del Ministerio de Salud Pública y A.S., un delegado de cada uno de los Ministerios de Hacienda, Agricultura y Trabajo, un delegado de la Cía. Hctelera del Perú, el Director de Alimentación del MSPAS y el Asesor Jurídico del Ramo.

CREACION DE NUEVOS CENTROS DETECTORES DE CANCER

R.S. 22-10-59

“El Peruano” 30-10-59

Incorpora la detección del cáncer dentro de las funciones que desarrollarán los centros de salud de Lima (Rímac, Magdalena y Lince), Tacna, Tarma, Huancayo, Iquites, Ica, Trujillo y Cuzco.

PERSONAS Y FUNCIONES DE LA JUNTA PERMANENTE DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

R.S. 30-8-59

“El Peruano” 4—11—59

Señala las personas que formarán parte de la Junta Permanente de Control de la Tuberculosis: el Ministro de Salud Pública que la presidirá; el Director General de Salud, quien actuará como Presidente en caso de ausencia o impedimento del titular; los Directores de Servicios Técnicos Normativos y de Areas de Salud; el Catedrático Principal Titular de Tisiología y Enfermedades del Tórax, de la Facultad de Medicina de Lima; un delegado del Seguro Social Obreiro; un delegado del Seguro Social del Empleado; uno de la Beneficencia Pública de Lima; uno del Concejo Provincial de Lima; uno de las Sanidades de los Institutos Armados y Policía; y por el Jefe de la División de Tuberculosis, quien actuará como Secretario.

INFORMACIONES SOCIALES

COMISION PARA INSPECCIONAR LAS POSTAS MEDICAS

R.M. 2-11-59

"El Peruano" 9—11—59

Nombra una Comisión presidida por el Sub-Director del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, e integrada por el Sub-Director Regional de Areas de Salud, el Ing. Jefe del Dpto. de Sanidad Ambiental del Area de Salud de Lima, y el abogado asesor del Despacho Ministerial, para que realice una inspección de cada una de las postas médicas terminadas y en construcción y de todos los aspectos legales relacionados con dichas construcciones.

**REORGANIZACION DEL MINISTERIO DE SALUD
PUBLICA Y A. S.**

D.S. 20-11-59

"El Peruano" 26—11—59

Dispone la reorganización integral del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, conforme a la más adecuada técnica, contemplando las máximas economías, dentro del plan gubernamental vigente.

*Trabajo y
Asuntos Indígenas*

PAGO DE INDEMNIZACIONES A SERVIDORES JUBILADOS

R.S. N° 26 "DS" 4-12-59.

"El Peruano" 17—12—59

Dispone que los empleadores pagarán la compensación por tiempo de servicios de los servidores jubilados, dentro de las 48 horas siguientes a la fecha en que éstos se acojan a este beneficio.

**ESTUDIO DEL MEJORAMIENTO DE LAS COLECTIVIDADES
INDIGENAS**

D.S. 17-12-59

"El Peruano" 28—12—59

Crea una Comisión encargada de formular un plan para promover el mejoramiento de los niveles de vida y de trabajo de las colectividades indígenas, y su plena integración en el proceso de desarrollo económico y social del país, que formarán los funcionarios que se indican, bajo la presidencia del Ministro de Trabajo y A.I.

INFORMACIONES SOCIALES

*Justicia y Culto***CREA UN HOGAR DE MENORES EN IQUITOS**

Ley N° 13265, 3-11-59

“El Peruano” 10—11—59

Establece en la ciudad de Iquitos, en el oriente peruano, un Hogar de Menores para niños adolescentes que hayan cometido hechos reprimidos como delitos o faltas, o que se encuentren en estado de abandono moral o material, o en peligro moral.

COMPRENDE A LOS CONTADORES POR HORAS**EN LA LEY 4916**

Ley N° 1326, 5-11-59.

“El Peruano” 13—11—59

Dispone que los contadores que trabajan por horas en el comercio, industria, ganadería, minería, empresas periódicas, culturales y sociales, quedan comprendidos en la ley 4916 y su ampliatorias, cualquiera que fuese el número de horas que laboren.

INCLUSION DE SERVIDORES DE LA C.P.V. EN LA LEY 9805

Ley N° 13274, 10-12-59.

“El Peruano” 15—12—59

Comprende en los beneficios de la ley 9805, a los cantineros de los barcos de la Corporación Peruana de Vapores.

*Gobierno y Policía***OTORGAMIENTO DE CEDULAS PROVISIONALES A
GUARDIAS CIVILES**

D.S. 28-9-59

“El Peruano” 7—10—59

Amplía el artículo 1° del D.S. de 16-7-41, en el sentido de que el personal de la Guardia Civil que pase al retiro, por límite de edad, tendrá derecho a cédula provisional por el total de los años reconocidos en la Dirección de Bienestar y Asistencia Social de la Guardia Civil.

INFORMACIONES SOCIALES

REVISION DE LAS NORMAS LEGALES SOBRE BONIFICACION POR FAMILIA NUMEROSA

R.M. N° 524, 26-11-59

"El Peruano" 5—12—59

Nombra una comisión presidida por el Sub-Director General de Gobierno, con el objeto de que proceda a una revisión de las resoluciones vigentes, que reconocen bonificaciones por familia numerosa, de conformidad con los D.S. de 27/4/26 y 29/5/51 y las R.S. de 19/5/26,, 22/6/51 y 4/10/51.

Hacienda y Comercio

NORMAS PARA LA DEDUCCION DE IMPUESTOS A LOS SUELDOS

D.S. N° 81, 7-12-59

"El Peruano" 9—12—59

Dicta nuevas normas que deberán seguir los empleadores, a partir del 1° de enero de 1960, en relación con la retención y depósito de los impuestos a los sueldos de los empleados, en cumplimiento del artículo 53 de la ley 7904 y del Reglamento aprobado por D.S. de 3/1/35

DISPOSICIONES SOBRE IMPUESTOS A LAS UTILIDADES PROFESIONALES

D.S. N° 82, 7-12-59

"El Peruano" 12—12—59

Introduce modificaciones en el D.S. N° 36, de 30 de junio último, relativo a la forma y procedimientos de pago del impuesto a las utilidades profesionales, conforme a lo establecido por la ley 7904.

Fomento y O. Públicas

NUEVA LEY DE PROMOCION INDUSTRIAL

Ley N° 13270, 30-11-59

"El Peruano" 1—12—59

Aprueba el texto de la Ley de Promoción Industrial integrado por un título preliminar, diez títulos y 163 artículos.



INFORMACIONES SOCIALES

*Relaciones Exteriores***APROBACION DE CONVENIOS INTERNACIONALES
DE TRABAJO****Resoluciones Legislativas Nos. 13281 y 13284, 9-12-59****“El Peruano” 24—12—59**

El Congreso Nacional ha aprobado el Convenio N° 87 sobre Libertad Sindical y protección del derecho de sindicación, así como los Convenios siguientes: N° 10 (edad mínima en la agricultura), N° 25, (Seguro de enfermedad en la agricultura); 29 (Trabajo forzoso); N° 36 (seguro de vejez, agricultura); N° 38 (seguro de invalidez, agricultura); N° 40 (seguro de muerte, agricultura); N° 52, (Vacaciones pagadas); N° 81 (Inspección de Trabajo); N° 99 (Métodos para la fijación de salarios mínimos, agricultura); N° 100 (sobre igualdad de remuneración), N° 101 (vacaciones pagadas, agricultura); N° 102 (Norma Mínima de Seguridad Social).

—oOo—

Biblioteca de la Caja Nacional de Seguro Social

PUBLICACIONES RECIBIDAS DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE DE 1959

1.— ORGANISMOS INTERNACIONALES

a) Organización Internacional del Trabajo

- Actas de la 137a. Reunión del Consejo de Administración. 1957.
Protección de los trabajadores contra las radiaciones ionizantes. Informe IV (1), 44a. Reunión, 1960.
La normalización internacional de las estadísticas del trabajo. Nueva serie, Nº 53, 1959.
Serie Legislativa, jul-ago., set-oct., 1959.
Boletín Oficial. Nº 4, 1958; 1, 1959.
Informaciones Sociales. vol. xxii, Nº 4, 5, 6, 7, 1959.
Noticias de la O.I.T. Nº 54, 1959.
Revista Internacional del Trabajo, vol. IX, Nº 2, 3, 4, 5, 1950. Suplemento estadístico. vol. 1x, Nº 2, 3, 4, 5, 1959.
Weekly (Pub. Library) Nº 32a. 42, 45, 1959.

b) Organización Mundial de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana

- Boletín de la O.S.P. vol. 1xvii, Nº 3, 4, 5, 1959.
Crónica de la O.M.S. Nº 6, 7-8, 1959.
Salud Mundial. Nº 5, 1959.

c) Asociación Internacional de la Seguridad Social

- Comisión de prevención de los riesgos profesionales.— Las corrientes de muy alta frecuencia y la protección del trabajo, por Z. Wierzbicki. ISSA/AP/Com/II/R/3.
Las repercusiones económicas de los accidentes de trabajo, por Renato Riccardi. ISSA/AP/ Com./II/R/4.
Miembros de la Mesa Directiva. junio de 1959.
II Conferencia Internacional de Actuarios y Estadígrafos de la Seguridad Social. Programa.
Bulletin de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale. Nº 6-7, 8-9, 1959.
Revista Internacional de Actuariado y Estadística de la Seguridad Social. Nº 3, 1959.
Seguridad Social. Nº 7, 1959.

INFORMACIONES SOCIALES

d) Organización de los Estados Americanos

- Conferencia Económica de la OEA. Buenos Aires, ago. 1957
El mercado común latinoamericano. México, 1959.
Boletín Económico de América Latina, N° 1, 2, 1958.
Estadística.— Journal of the Inter-American Statistical Institute. N°
61, 1958.
Noticias de Seguridad N° 9, 10, 11, 12 1959.
Servicio Social Interamericano. N° 14, 1959.

e) Organización Iberoamericana de Seguridad Social

- Jaramillo, Carlos Aníbal:** Régimen de seguros sociales en España y posibilidades del seguro social ecuatoriano. Madrid, 1953.
Mesa Lago, Carmelo: Planificación de la seguridad (Análisis especial de la problemática cubana) Madrid, 1959.
Muñoz García Hugo: Los infertunios del trabajo. Madrid, 1959.
Zelenka, Antonio: Ecuación general del equilibrio financiero del seguro social. Madrid, 1959.
——— Principios fundamentales de la seguridad social. Madrid, 1959

f) Federation Internationale des Mutilés et Invalides du Travail et des Invalides Civils

- Bolletín de la Fédération N° 1—2, 1959.
Nouvelles N° 1B,4A, 1959.

2.— LIBROS Y FOLLETOS

- Instituto de Economía:** Antecedentes legales de ocho Cajas de previsión chilena existentes en 1957. Santiago de Chile, 1958.
———: Perspectivas económicas del problema de las pensiones. Santiago de Chile, 1958.
Servicio Nacional de Salud, Educación Sanitaria en el Servicio Nacional de Salud. Santiago de Chile, 1958.
El Servicio Nacional de Salud. Santiago de Chile, 1958.
Valenzuela L., Guillermo: Análisis de las actividades del Servicio Nacional de Salud. Santiago de Chile, 1957.
Arroyo Arroyo, Víctor: Ante el problema de la insolidaridad social. Madrid, 1956.
Centro de Estudios Sindicales: Significación y características de los pactos colectivos. Madrid, 1957.

Organización Sindical, Madrid:

- a) Nomas sobre aplicación de los seguros sociales unificados. N° 11 bis.
b) Convenio colectivo entre las Cajas de Ahorros y Montes de Piedad y el Sindicato Nacional de Banca N° 12.

INFORMACIONES SOCIALES

- c) Reglamento de los Servicios de Colocación Obrera. N° 13.
 - d) Reglamento General de Trabajo del Personal Operario Dependiente del Ministerio de Obras Públicas. N° 14.
 - e) Reglamento Nacional de Trabajo en la Industria de la Pesca del Bacalao. N° 15.
 - f) Organización del Instituto Español de Emigración. N° 16.
 - g) Reglamento Nacional de Trabajo en las Entidades de Radiodifusión N° 17.
 - h) Instrumentos de Ratificación de los Convenios Internacionales de Trabajo relativos a las prestaciones de seguridad en la edificación, al trabajo nocturno y subterráneo de las mujeres, indemnización por enfermedades profesionales y protección del salario. N° 18.
 - i) Convenio Colectivo Sindical de la Empresa Nacional "Calvo Sotelo". N° 19.
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento:** Discurso del Sr. Eugene R. Black. Misión de estudio general a Venezuela. 1959.
- Health Insurance Council:** The extent of voluntary health insurance coverage. New York 1959.
- Health Insurance Institute:** Striking a happy balance... our family's protection against health care costs. New York, 1959.
- U. S. Department of Health Education and Welfare.** Civil-service retirement program, 1959. By John Jones. New York, 1959.
- Immunization information for international travel. New York. 1959.
- 1959 Amendments to the Railroad retirement act. By Jacob A. Lazerson. New York, 1959.
- U.S. Department of Labor:** Farm labor fact book. By James P. Mitchell. Washington, 1959.
- Brown, A. J.:** Introduction to the world economy. London, 1959.
- Hall, M. Penelope:** The social services of modern England. London, 1959.
- Nizan, Aieh:** The economic situation of widows and orphans in receipt of national insurance benefits. Jerusalem, 1959.
- Instituto Nacional de Previsión Social:** El sistema italiano de previsión social. Roma, 1959. Un nido en Cerdeña. Milán, 1959.
- Randle, C. Wilson:** El contrato colectivo de trabajo. México, 1958.
- Elías Aparicio, Ricardo y González Rosales, Guillermo:** Doctrina y legislación del trabajo en el Perú, Lima, 1959. 3 t.
- Montenegro Baca, José:** Jornada de trabajo y descansos remunerados. Trujillo, 1959. 2 t.
- Romero, Fernando:** La industria peruana y sus obreros. Lima, 1958.
- Servicio Cooperativo del Empleo del Perú:** No determine a ciegas su trayectoria ocupacional. Lima, 1958.

3.— PUBLICACIONES PERIODICAS NACIONALES

- Academia Peruana de Cirugía.** N° 4, 5, 1959
- Actualidad Económica.** N° 137, 138, 1959.

INFORMACIONES SOCIALES

- Anales de la Facultad de Medicina.** N° 2, 1959.
Anales del Primer Congreso de Economía Nacional, 1958. vol. II.
Anuario de la Industria Minera del Perú. 1958.
Asociación de Comercio e Industria de Arequipa. Boletín de Informaciones. N° 29 a 41, 1959
Asociación de Comercio e Industria de Arequipa. Circular de protestos y escrituras N° 27 a 41, 1959.
Balance y Cuenta General de la República. 1958.
Boletín de Aduanas del Perú. N° 436, 437-438, 1959.
Boletín de Estadística Peruana. N° 3, 1959.
Boletín de la Academia de Estomatología del Perú. N° 1-4, 1959.
Boletín de la Compañía Administradora del Guano. N° 7, 8, 9, 10, 1959
Boletín de la Sociedad Nacional Agraria. N° 279, 280, 281, 1959.
Boletín de la Sociedad Nacional de Minería y Petróleo. N° 68, 1959.
Boletín de la Superintendencia de Contribuciones. N° 46, 1957; 47-48,
Boletín del Banco Central de Reserva. N° 333, 334, 335, 1959.
Boletín del Proyecto Bibliográfico. N° 4, 1959.
Boletín del "SCISP". Serv. Coop. Interam. de Salud Pública. N° 14,
Boletín Estadístico Municipal. N° 167, 108, 1958.
Boletín Informativo. Hospital Central del Empleado. N° 1, 1959.
Boletín Municipal. N° 1658-59, 1959.
Boletín "SCEP". Servicio Cooperativo del Empleo del Perú. N° 23, 24, 1959.
Cámara de Comercio de Lima. Boletín Mensual. N° 363, 364, 365,
Cámara de Comercio de Lima. Boletín Semanal. N° 522 a 533, 1959.
Corporación Peruana de Aeropuertos y Aviación Comercial. Memoria, 1958.
Costo de Vida. ago., set., oct., nov., 1959.
Electricidad en el Perú. Boletín de la Asociación de Empresarios Eléctricos. N° 5, 1959.
Industria Peruana. N° 326, 327, 328, 329, 1959.
El Financista. N° 494-495, 1959.
Informaciones Sociales. N° 3, 1959.
Informativo Agropecuario. set., oct., 1959.
Informes Bioestadísticos. SCIPA — N° 15 — 1959.
Noticias del Petróleo. N° 113, 114, 1959.
La Opinión Popular. La Oroya. oct., nov., dic., 1959.
Peruvian Times. N° 980 a 993, 1959.
La Pesca en el Perú en 1958. Serie de Divulgación Científica M. de Agricultura. N° 12.
La Renta Nacional del Perú. 1942-1957.
Revista de Jurisprudencia Peruana. N° 187, 188, 189, 1959.
Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Comerciales. N° 58, 1958.
Revista de la Sanidad de Policía. N° 4-5, 1959.
Revista de la Universidad de Arequipa. N° 41, 42, 1955; 45, 46, 1957; 47, 48, 1958.

INFORMACIONES SOCIALES

- Revista del Foro.** N° 1, 1959.
Revista del Hospital del Niño. N° 79, 1959.
Revista de Neuro-Psiquiatría. N° 1, 1959.
Revista de Psicología. N° 1, 1959.
Revista Médica del Hospital Obrero. N° 1-2, 1959.
Revista Médica Peruana. N° 327, 328, 1958.
Revista Peruana de Obstetricia. N° 3, 1959.
Salud Ocupacional. N° 2, 3, 1959.
Seguro Social. Notas y comentarios de divulg. C.N.S.S. 29 a 31 - 1959.
Servicio Social. N° 13, 1959.
Síntesis Semanal. Informativo de la Corp. de Comerc. del Perú. N° 172 a 184, 1959.
Superintendencia de Bancos. Balances. N° 118, 119, 1959.
Superintendencia de Bancos. Situación Bancaria. jul., ago., 1959.
Unicef para América Latina. N° 19, 1959.

4.— PUBLICACIONES PERIODICAS EXTRANJERAS

- ALEMANIA.—Arbeitsfehls.** N° 8, 10, 1959.
Arbeit und Sozialpolitik, N° 8, 9, 10, 1950.
Boletín Semanal de Asuntos Alemanes. N° 37 a 48, 1959.
Bundesarbeitsblatt. N° 15, 16, 20, 21, 1959.
Deutsche Versicherungszeitschrift. N° 8-9, 10, 11, 1959.
Die Betriebskrankenkasse. N° 15 a 21, 1959.
Die Ersatzkasse. N° 9, 10, 1959.
Die Ortskrankenkasse. N° 17 a 22, 1959.
Die Sozialversicherung. N° 9, 10, 11, 1959.
Versicherungs Wirtschaft. N° 17 a 22, 1959.
ARGENTINA.—Boletín de Legislación. N° 1-6, 1959.
Boletín del Instituto Nacional de Previsión Social. N° 20, 1959.
Boletín del Museo Social Argentino. N° 308, 1959.
Boletín Informativo. Departamento de Maternidad e Infancia. N° 23-24, 1959.
Boletín Quincenal. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. N° 78, 79, 80-81, 82-83, 84, 1959.
Instituto de Derecho del Trabajo. Cuadernos. N° 3, 1959.
La Ley. ago., set., oct., 1959.
AUSTRIA.—Soziale Sicherheit. N° 8, 9, 10, 1959.
BELGICA.—Archiva Medica Belgica. N° 1, 1959.
Comunique Mensual. Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale. N° 6, 7, 1959.
La Mutualité Professionnelle. N° 4, 1959.
Office National ed Sécurité Sociale. Rapport annuel, 1959.
Orientation Mutualiste. N° 4, 1959.
Societe Belge d'Estudes et d'Expansion. N° 187, 1959.
Union Nationale des Federations de Mutualistes Professionnelles de Belgique. Rapport annuel, 1958.

INFORMACIONES SOCIALES

- BOLIVIA.—Indice de Costo de Vida. N° 16, 1959.
Primera Conferencia Nacional de Estadística. mar., 1959.
- BRASIL.—Boletín de Higiene Mental. N° 170, 1958.
Boletim do Ministerio do Trabalho. Industria e Comercio. N° 1, 2, 1958.
Boletim Mensal do Banco Brasil. N° 9-10, 11-12, 1959.
Conjuntura Económica. N° 10, 1956.
Industriarios. N° 67, 68, 1956.
- CANADA.—Occupational Health Bulletin. N° 7, 8, 1959.
The Royal Bank of Canada. Monthly Letter. N° 7, 8, 1959.
- COLOMBIA.—Boletín de la Cámara de Comercio de Bogotá. N° 1041
a 1055, 1959
Boletín Mensual de Estadística. N° 101, 102, 103, 104, 1959.
Derecho. N° 84-85, 1958- 59.
Revista del Banco de la República N° 381, 1959.
Universidad Pontificia Bolivariana. N° 83, 1959.
- COSTA RICA.—Anuario Estadístico. Memoria, 1958.
Boletín Mensual. Hospitales. Caja Costarricense de Seguro Social. may.,
jun., jul., 1959.
- CUBA.—Arquitectura. N° 309-310, 1959.
Vida Universitaria N° 104-105, 1959.
- CHILE.—Boletín del Banco Central de Chile. N° 378, 379, 1959.
Panorama Económico. N° 205, 206, 207, 1959.
Servicio Social. N° 2, 1959.
Unidad. N° 192-193, 194-195, 1959.
- ECUADOR.—Banco Central del Ecuador. Memoria, 1958.
Boletín del Banco Central del Ecuador. N° 378-379, 380, 381, 382, 383,
Boletín del Instituto de Derecho Comparado. N° 8, 1958.
Junta Nacional de Planificación y Coordinación Económica. Informe a-
nual, 1957-58. t. II.
- ESPAÑA.—Boletín de Divulgación Social. N° 157, 1959.
Boletín Oficial del Ministerio de Trabajo. N° 7, 8, 10, 1959.
Compilación de Disposiciones sobre Seguros Sociales. Sup. N° 31, 1959.
Cuadernos de Política Social. N° 41, 1959.
Información Española. Embajada de España. N° 11, 1959.
Informaciones de la Seguridad Social en España. N° 130 a 146, 1959.
Revista de Derecho de Trabajo. N° 34, 1959.
Revista de Economía Política. N° 1, 1959.
Revista de Trabajo. N° 4, 1959.
Revista Española de Seguros. N° 149, 1959.
Revista Iberoamericana de Seguridad Social. N° 3, 1959.
- ESTADOS UNIDOS.—American Public Welfare Association. Letter to
Members. N° 10, 11, 12, 1959.
- APWA. Public Welfare, N° 4, 1959.
Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. Comunicado N°
603, 608, 1959.
Corporación Financiera Internacional. 1959. N° 30, 32, 33, 35, 36.
Children. N° 5, 6, 1959.

INFORMACIONES SOCIALES

- Export Import Bank of Washington.** N° 607 a 627, 1959.
Export Import Bank of Washington. (Semiannual report to Congress) ene-jun. 2 v. 1959.
International Bank for Reconstruction and Development. Fourteenth annual report, 1958-59.
International Finance Corporation. Third annual report, 1958-1959.
Life Insurance. New Date. ago., set., etc., 1959.
Money Matters. ago., set., 1959.
Monthly Labor Review. N° 8, 9, 10, 1959.
The Monthly Review. Railroad retirement board. N° 9, 10, 11, 1959.
Public Health Economics. N° 5, 9, 10, 1959.
Public Health Reports. N° 9, 10, 11, 1959.
Quarterly. N° 4, 1959.
Servicios Públicos. jul-ago., set-oct., nov-dic., 1959.
Social Problems N° 1, 1959.
Social Security Bulletin. N° 9, 10, 11, 1959.
FILIPINAS.—Social Security Bulletin. N° 2, 3, 4-5, 1959.
Social Security Commission. Annual report. 1958.
FRANCIA.—Bulletin d'Information de la Mutualité. N° 89, 90, 91, 1959
Bulletin du Service Social des Organismes de Sécurité Sociale. N° 51, 52, 53, 1959.
Guide du Correspondant de Caisse de Sécurité Sociales. N° 5-6, 7-8, 9
Informations Sociales. N° 8-9, 10-11, 1959.
Revue de la Mutualité. N° 15, 1959.
Revue de la Sécurité Sociale. N° 104, 105, 103, 1959.
GRAN BRETAÑA.—British Book News. N° 229, 230, 231, 1959.
The Economist N° 6054 a 6066. 1959.
Government Publications, jun., jul., ago., set., 1959.
Rehabilitation. N° 31, 1959.
Social Work. N° 3, 1959.
GUATEMALA.—Análisis de Salarios. I.G.S.S., oct., 1958.
Análisis Estadístico de las actividades Hospitalarias del Centro Materno Infantil. jun. 1959.
Boletín del Instituto Indigenista Nacional. N° I-II, 1945-47.
Boletín Mensual de Estadística. N° 33, 64, 1959.
Revista del Ministerio de Trabajo y Bienestar Social. N° 7-8-9, 1958.
HONDURAS.—La Gaceta. ago., set., oct., 1959.
ITALIA.—Archivio di Medicina Mutualistica. Sup V, 1959.
Bollettino Ufficiale. N° 11, 12, 1958; Sup. Straordinario. N° 7, 1959.
Informazione "INADEL". N° 14, 15, 1959.
Notizie Statistiche. 1952-54.
Previdenza Sociale. N° 3, 4, 1959.
I Problemi della Sicurezza Sociale. N° 3, 1959.
Rassegna de Lavoro. N° 5, 6-7, 1959.
Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali. N° 3-4, 1959.
MEXICO.—Acción Indigenista. N° 73, 1959.
Boletín del Instituto de Derecho Comparado. N° 35, 1959.



INFORMACIONES SOCIALES

- Boletín Indigenista.** Nº 3, 1959.
Finanzas y Contabilidad. Nº 8, 9, 10, 1959.
ITAT. Instituto Técnico Administrativo del Trabajo. Nº 7 — 1959.
La Justicia. Nº 352, 353, 354, 355, 1959.
Revista Mexicana del Trabajo. Nº 7-8, 9-10, 1959.
NORUEGA.—**Syketrygden,** 1957.
PANAMA.—**Anuario de Comercio Exterior.** 1954.
Comercio Exterior. Nº 2, 3, 1959.
Estadística Panameña. Nº 2, 1959.
Estadísticas Vitales. Nº 8, 9, 1959.
Hacienda Pública y Finanzas. Nº 2, 3, 1959.
PARAGUAY.—**Precios y Costo de Vida.** Nº 3, 1959.
Revista del Instituto de Previsión Social Nº 9, 1959.
PORTUGAL.—**Boletim do Instituto Nacional do Trabalho e Previdencia.** Nº 10, 11, 1959.
PUERTO RICO.—**Boletín de Prevención de Accidentes.** Nº 3, 4, 5, 1959.
“SIAP”. Boletín de la S. Interamericana de Planificación. Nº 7, 1959.
REPUBLICA DOMINICANA.—**Seguridad Social.** Nº 63, 64, 1959.
RUMANIA.—**Revista Estadística.** Nº 2, 5, 6, 7, 8, 1959.
SUIZA.—**La Mutualité Romande.** Nº 8, 9, 10, 11, 1959.
Schweizerische Krankenkasse Zeitung. Nº 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 1959.
URUGUAY.—**Banco de la República Oriental del Uruguay. Sup Estadístico de la Revista Economía.** Nº 180, 181, 182, 1959.
Boletín. Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa. Nº 62-63 1959.
Boletín del Instituto Interamericano de Protección a la Infancia. Nº 127, 1959.
Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Nº 4, 1958.
Seguros. Nº 7-8, 1959
VENEZUELA.—**Archivos Venezolanos de Nutrición.** Nº 2, 1959.
Banco Central de Venezuela. Boletín Bibliográfico. Nº 127, 128, 129, 130, 1959.
Banco Central de Venezuela. Boletín Mensual, Nº 185, 186, 187, 1959.
Banco Central de Venezuela. Memoria, 1958.
Boletín de la Cámara de Comercio de Caracas. Nº 548, 549, 550, 551, 1959.
Cuadernos de Información Económica. Nº 4, 1958.
Revista del Banco Central de Venezuela. Nº 167-169, 1959.
Revista de Sanidad y Asistencia Social. Nº 3-4, 1958.

—oOo—



LEYES, DECRETOS y RESOLUCIONES

APRUEBA EL CONVENIO RELATIVO A LIBERTAD SINDICAL Y PROTECCION DEL DERECHO DE SINDICACION

Resolución Legislativa

Nº 13281

Lima, 9 de diciembre de 1959.

Señor:

El Congreso, en ejercicio de la atribución que le confiere el inciso 21º del artículo Nº 123º de la Constitución Política del Estado, ha resuelto aprobar el Convenio Nº 87, relativo a la Libertad Sindical y a la Protección del Derecho de Sindicación, adoptado por la Conferencia de la Organización Internacional del Trabajo, celebrada en Ginebra, en el año de 1958.

Lo comunicamos a Ud., para su conocimiento y demás fines.

Dios guarde a Ud.

Enrique Martinelli Tizón, Presidente del Congreso.

Pedro A. del Aguila Hidalgo, Senador Secretario del Congreso.

Manuel B. Montesinos, Diputado Secretario del Congreso.

Al Señor Presidente Constitucional de la República.

Lima, 15 de diciembre de 1959.

Cúmplase, comuníquese, regístrese, publíquese y archívese.

MANUEL PRADO

Raúl Porras Barrenechea

APRUEBA CONVENIOS INTERNACIONALES SOBRE BENEFICIOS SOCIALES A LOS TRABAJADORES

Resolución Legislativa Nº 13284

Lima, 9 de diciembre de 1959

Señor:

El Congreso, en ejercicio de la atribución que le confiere el inciso 21 del artículo Nº 123º de la Constitución Política del Estado, ha resuelto aprobar el Convenio Nº 10 del año 1921, sobre Edad Mínima (Agricultura); el Convenio Nº 25 del año 1927, sobre Seguro de Enfermedad (Agricultura); el Convenio Nº 29 del año 1930, sobre Trabajo Forzoso; el Convenio Nº 36 del año 1938, sobre Seguro de Invalidez (Agricultura); el Convenio Nº 40 del año 1933, sobre Seguro Vejez (Agricultura); el Convenio Nº 38 del año 1933, sobre Seguro de Muerte (Agricultura); el Convenio Nº 52 del año 1936, sobre Vacaciones Pagadas; el Convenio Nº 81 del año 1947, sobre Inspección del Trabajo; el Convenio Nº 99 del año 1951, sobre Métodos para la

INFORMACIONES SOCIALES

Aplicación de Salarios Mínimos (Agricultura); el Convenio 100, del año 1951 sobre Igualdad de Remuneración; el Convenio N° 101, del año 1952, sobre Vacaciones Pagadas (Agricultura); y el Convenio N° 102 del año 1952 sobre Seguridad Social (Norma Mínima).

Lo comunicamos a Ud. para su conocimiento y demás fines.

Dios guarde a Ud.

Enrique Martinelli Tizón, Presidente del Congreso.

Pedro A. del Aguila Hidalgo, Senador Secretario del Congreso.

Manuel B. Montesinos, Diputado Secretario del Congreso.

Al señor Presidente Constitucional de la República.

Lima, 15 de diciembre de 1959.

Cúmplase, comuníquese, regístrese, publíquese y archívese.

MANUEL PRADO

Raúl Porras Barrenechea

LOS CONTADORES QUE TRABAJAN POR HORAS EN EL COMERCIO, QUEDAN COMPRENDIDOS EN LA LEY N° 4916

Ley N° 13266

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:

Artículo 1º— Los contadores que trabajan por horas en el comercio, industria, ganadería, minería, empresas periodísticas, culturales y sociales, quedan comprendidos en la ley N° 4916 y sus ampliatorias, cualquiera que fuere el número de horas que laboren.

Artículo 2º— Queda modificado en este sentido el artículo 21º de la ley N° 3871.

Comuníquese al Poder Ejecutivo para su promulgación.

Casa del Congreso en Lima, a los veinticinco días del mes de setiembre de mil novecientos cincuentinueve.

ENRIQUE MARTINELLI TIZON, Presidente del Senado.

JAVIER ORTIZ DE ZEVALLOS, Presidente de la Cámara de Diputados.

PEDRO A. DEL AGUILA, Senador Secretario.

MANUEL B. MONTESINOS V., 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 cinco días del mes de noviembre de mil novecientos cincuentinueve.

MANUEL PRADO

Raúl Gómez de la Torre

