

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XII

Núm. 22

EPOCA III

SUMARIO

ESTUDIOS:

ASPECTOS PRACTICOS DEL SEGURO SOCIAL
CHILENO RELACIONADOS CON REGISTROS,
COTIZACIONES Y FUENTES ESTADISTICAS

EUGENIO SILVA ESPEJO

JUBILACIONES DINAMICAS

José MA. GOÑI MORENO

EVENTOS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD
SOCIAL

LEGISLACION

NOTICARIO DE LA PREVENCION DE LOS RIES-
GOS PROFESIONALES

JULIO-AGOSTO

1963

MEXICO, D. F.

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
GENERALES DE LA C. I. S. S. Y DE LA A. I. S. S.
ORGANO DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO
DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

I N D I C E

	PÁG.
ESTUDIOS:	—
Aspectos prácticos del seguro social chileno relacionados con registros, cotizaciones y fuentes estadísticas. <i>Eugenio Silva Espejo</i>	7
Jubilaciones Dinámicas. <i>José M^a Goñi Moreno</i>	20
EVENTOS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD SOCIAL.	
Primera Conferencia Regional Africana	45
Primera Reunión Regional para Asia y Oceanía	56
Tercera Conferencia Internacional de Actuarios y Estadísticos de la Seguridad Social	63
Tercera Reunión de la Comisión Permanente de Actuarios y Estadísticos de la A.I.S.S.	68
Conferencia Internamericana de Ministros del Trabajo sobre la Alianza para el Progreso	73
Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Curso de Contabilidad y Auditoría	84
LEGISLACION:	
Cuba. Ley de Seguridad Social	93
NOTICIARIO DE LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROFESIONALES.	
Primer Congreso Interamericano de Prevención de Riesgos Profesionales y Segunda Reunión de la Comisión Regional Americana de Prevención de Riesgos Profesionales	113

PRIMERA CONFERENCIA REGIONAL AFRICANA

(Túnez, 6-13 de octubre de 1962)

La Primera Conferencia regional africana, organizada por la Asociación Internacional de la Seguridad Social en colaboración con la Caja Nacional de Seguridad Social de Túnez, se reunió en Túnez, en la Bolsa de Trabajo, del 6 al 13 de octubre de 1962.

Alrededor de sesenta delegados procedentes de Argelia, del Camerún, de la República Centro-Africana, de la República del Congo (Brazzaville), de la República del Congo (Leopoldville), de la Costa de Marfil, de Dahomey, de Gabón, de Guinea, de Libia, del Mali, de Marruecos, de la Mauritania, del Senegal, del Tchad, de Togo y de Túnez, participaron en esta conferencia, a la cual asistieron también, representantes de la Organización Internacional del Trabajo, de la Confederación Internacional de Sindicatos Libres, de la Federación Sindical Mundial y de la Unión Internacional de Organismos Familiares.

El orden del día de la conferencia fue el siguiente:

- 1º El papel de la seguridad social en el cuadro del progreso social y económico de los países africanos (conferencia).
- 2º La seguridad social en Africa (desarrollos recientes y programa futuro de la seguridad social en los países de Africa; informes de las delegaciones nacionales).
- 3º El papel de las asignaciones familiares en el desarrollo de la seguridad social en Africa.
- 4º La asistencia médica en favor de los asegurados sociales y sus familiares (acción sanitaria y social como primera medida para solucionar el problema sobre la protección de la salud de los trabajadores y sus familias).
- 5º La inscripción y la identificación de los asegurados sociales y los problemas administrativos correspondientes.
- 6º El papel de los organismos gestores de la seguridad social en el campo de la prevención de riesgos profesionales (conferencia).

En la sesión inaugural, el Presidente de la Conferencia, señor Ahmed Balma, presidente y director general de la Caja Nacional de Seguridad Social de Túnez, dio la bienvenida a los delegados, después concedió la palabra al señor Mondher Ben Ammer, secretario de Estado de Salubridad Pública y Asuntos Sociales de Túnez, quien expresó sus deseos por el completo éxito de esta reunión. En seguida, el señor Bernard Van Shaick, tesorero de la A.I.S.S., a nombre del Presidente, y de la Mesa Directiva de la Asociación, agradeció al gobierno tunecino y a la Caja Nacional de Seguridad Social haber organizado en Túnez esta Primera Conferencia Régional Africana.

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES

Conclusiones sobre el papel de las asignaciones familiares en el desarrollo de la Seguridad Social en Africa.

Al finalizar esta disertación comprobamos que las legislaciones sobre prestaciones familiares introducidas en las legislaciones de seguridad social de gran número de países africanos, constituyen, sin duda, un gran esfuerzo social para el progreso y el mejoramiento del nivel de vida de los trabajadores y sus familias.

Deseando el mejoramiento de las prestaciones actualmente servidas a este título y la extensión progresiva de sus beneficios al conjunto de la población, es necesario comprobar que la evolución de esta legislación se encuentra, por una parte, estrechamente ligada y dependiente de las características económicas, sociales y demográficas particulares de cada país, y por la otra, que su eficacia real está en gran medida subordinada a los esfuerzos por realizar en otros sectores de la protección social.

La atención deberá estar mejor encauzada por el hecho de que para las soluciones a encarar habrá de tener en cuenta que en la mayor parte de los países interesados hay un gran número de problemas unidos a la iniciación de estructuras modernas que se han ido poco a poco imponiendo a las estructuras tradicionales.

En una primera etapa, el mejoramiento de los regímenes existentes deberán tender principalmente al mantenimiento de las prestaciones familiares de los derechohabientes actuales que se encuentran en la imposibilidad justificada de continuar su actividad profesional, y al establecimiento de sistemas de prestaciones equivalentes para las distintas categorías de beneficiarios.

Parecería también conveniente que se estudiaran todas las medidas que tiendan a simplificar las formalidades impuestas a los beneficiarios, así como los mismos sistemas administrativos.

La asociación tiene la administración de las instituciones de distintas partes interesadas, comprobadas en la mayoría de los países, y constituye sin duda un elemento positivo para el desenvolvimiento de estas instituciones; en consecuencia, parecería, que ella debe ser recomendada.

En relación con el financiamiento de las legislaciones de asignaciones familiares parecen surgir ciertas dificultades por ahora en algunos países, ligadas principalmente a las consideraciones generales anteriormente citadas (estructuras demográficas, niveles de desarrollo de la economía general de cada país, etc.), y a la necesidad de asegurar el financiamiento de otras legislaciones de protección social, particularmente en materia de servicios médicos en la cual se encuentran colocados esos países.

A este respecto, la atención deberá estar particularmente dirigida hacia estudios estadísticos y actuariales expuestos por las legislaciones, que abarquen también los problemas, de asignaciones familiares que se aplicarán eventualmente a la extensión de la seguridad social para cubrir otros riesgos sociales.

En fin, cualquiera que sea la forma de financiamiento adoptada en definitiva, parece necesario que todas las medidas útiles sean precisadas, a fin de asegurar la autonomía financiera de los regimenes.

CONCLUSIONES EN RELACIÓN CON LA ASISTENCIA MÉDICA EN FAVOR DE LOS ASEGURADOS SOCIALES Y LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA

(Acción sanitaria y social como primer paso en la solución del problema que plantea la protección de la salud de los trabajadores y los miembros de su familia.)

I. CONSIDERACIONES GENERALES

El problema sanitario en Africa presenta notables divergencias en relación con otros continentes, especialmente con Europa.

Estas divergencias son tan evidentes, que cuando se las examina, uno se obliga a correr el riesgo de emitir una opinión equivocada, y a omitir algunos conceptos sobre los mismos principios que no por antiguos y divulgados, resultan una panacea universal.

En la mayor parte de los países europeos no existe el servicio nacional de salud.

La estructura del equipo hospitalario varía mucho de un país a otro; pero, de manera general, el sector hospitalario privado tiene siempre una gran importancia. A menudo, la mayor parte de los practicantes ejercen simultáneamente su profesión en los hospitales públicos y con la clientela privada. En los países que no han instituido un servicio nacional de salud, existe, bajo distintas formas, un servicio médico organizado, pero que frecuentemente no se destina sino a los indigentes. En muchos países europeos, la seguridad social, en cuanto organismo independiente, posee sus propias estructuras sanitarias, sus centros sociales, etc.

Aquí los gastos de la seguridad social constituyen un porcentaje muy importante en la acción de la colectividad en el plan sanitario.

En Africa las cosas son completamente distintas.

Con excepción de enfermerías, dispensarios de empresas, organismos hospitalarios, los médicos y otros practicantes privados, la casi totalidad de los dispensarios, hospitales y otros centros de asistencia son financiados y administrados por el Estado.

Los habitantes (indigentes, campesinos, obreros, comerciantes, funcionarios) sólo pueden recibir asistencia del Servicio Nacional de Salud, ya sea gratuitamente, o con una participación parcial o total en los gastos. A la inversa que en Europa, el sector público es aquí el mejor equipado, el mejor organizado, el mejor dotado con relación a todas las otras estructuras existentes. En Africa es esencialmente el Estado el que asegura a la población la asistencia médica.

Teniendo en cuenta tales realidades objetivas las cajas deben desempeñar en Africa una función en la acción sanitaria y social. Están, pues,

lejos de ser la vanguardia en la acción sanitaria de la colectividad. Contrariamente de lo que pasa en otros países, su papel será aquí un elemento de apoyo, un aporte complementario, o una acción por sustitución parcial. Así, los gastos de acción sanitaria y social de una caja no pueden constituir un criterio para apreciar el esfuerzo sanitario de un país africano.

Todo pasa como si el Estado interviniera —teniendo en cuenta las posibilidades financieras de su organismo de seguridad social— y tomara a su cargo una parte de los gastos. En general, los gastos en los cuales participan las cajas de seguridad social se refieren a la población asalariada que no representa en ninguna parte de Africa más del 10 por 100 de la población total.

Otro aspecto del problema médico-social en Africa merece ser subrayado aquí: se trata de la apreciación del esfuerzo sanitario.

Teniendo en cuenta el hecho de que la seguridad social cubre la casi totalidad de la población, en ciertos países europeos los gastos de este organismo reflejan allí, en amplia medida, el esfuerzo sanitario de la colectividad. Por consiguiente, esto permite al estadístico partir de los datos dados por la seguridad social para proceder a un estudio bastante coherente y cercano a la realidad. Las condiciones climatológicas, económicas y sociales, así como el precio de los medicamentos y el costo de los honorarios, casi iguales en los diferentes países considerados, hacen posible, utilizando los materiales proporcionados por los diversos organismos de seguridad social, proceder a estudios comparativos sobre el esfuerzo desplegado en tales países.

Para el Africa sería erróneo considerar que la trasposición de tales procedimientos pudiese ser satisfactoria, aun para una comparación entre dos países africanos y menos entre un país africano y uno europeo.

Gran número de consideraciones hacen irracional tal procedimiento. Fuera de las ya mencionadas, otras merecen igualmente ser subrayadas.

Las diferentes formas que una misma enfermedad puede adoptar en un país africano, europeo o asiático, pueden aportar un cambio fundamental en la determinación del costo de tal padecimiento.

Por otra parte, el porcentaje o el volumen de los gastos efectuados por habitante tiene menos importancia que el estado real de buena salud que existe en el seno de una población. Si, en efecto, en tal país se gasta, por ejemplo, 6 por 100 de la renta nacional para la asistencia de la población, ello no significa forzosamente que el estado de salud es mejor en este país que en otro donde se gastaría solamente el 4 por 100. Hay aquí una cuestión de demografía, de costo y de modo de distribución de medicamentos, del costo de los honorarios exigidos por los médicos, etc.

Tanto para Europa como para Africa se puede decir que al fin de cuentas el mejor criterio de apreciación del esfuerzo sanitario de un país es, en realidad, el estado de salud de su población.

II. GARANTÍA CONTRA LA ENFERMEDAD

En casi todos los estados de Africa, la asistencia médica es concebida con la preocupación dominante de la población total.

La institución de un régimen de seguridad social no protege totalmente la salud de la población.

Las disposiciones legislativas del seguro de enfermedad no se aplican más que a los trabajadores y a las personas a su cargo. Es necesario entender por persona a cargo del asegurado el cónyuge y el hijo.

Sería más indicado proteger no sólo al trabajador sino también a todas las personas que viven bajo su techo y a las cuales la seguridad social debe garantizar la asistencia médica necesaria y de mejor calidad.

La duración de las prestaciones es muy limitada. Varía casi siempre entre 13 y 16 semanas. En Africa, las enfermedades de breve duración pueden ser consideradas como pequeños riesgos a los cuales no se puede aplicar sino reglas generales y uniformes. En lo que concierne a las afecciones de larga duración (tuberculosis, fiebre amarilla, etc.), sería deseable individualizar las prestaciones, pues cada enfermedad de larga duración es un caso individual que exige una solución individual.

En lo que se refiere al conjunto de la población, el primer objetivo es la protección de la salud y la eliminación de las enfermedades epidémicas y endémicas. En otros términos, toda la población debe poder beneficiarse del servicio general de salud, organizado como un servicio público abierto a todos.

III. ACCIDENTES DEL TRABAJO

En ciertos países, este régimen está fundado sobre la responsabilidad directa del empleador que está obligado a asegurar la asistencia médica. La experiencia ha demostrado que esta modalidad de otorgamiento de prestaciones en especie entraña para el trabajador graves consecuencias, tanto en la organización como en la calidad de la asistencia. El beneficio de la asistencia que el estado de salud de la víctima exige, se obtiene en la medida en que los medios financieros del empleador permiten a éste colocar al paciente en una institución sanitaria adecuada. En caso contrario, el enfermo es tratado con los medios exigüos de que dispone el establecimiento. Más o menos curado de sus lesiones, está obligado a volver al trabajo ante el peligro de perder su puesto, y a menudo tal situación le predispone a recaídas, y aun a otros accidentes más graves.

Con frecuencia, otros países han confiado, por un tiempo limitado, la gestión de los accidentes del trabajo a las compañías de seguros. Conviene subrayar los inconvenientes que presenta este modo de gestión para el trabajador:

a) Obedeciendo a imperativos de orden comercial, las compañías de seguros tienen, en efecto, una tendencia marcada a aplicar la ley con un

espíritu restrictivo que se traduce en discusiones sobre el carácter profesional de los accidentes y el monto de las prestaciones.

b) Salvo la existencia de un fondo de garantía, en caso de insolvencia o quiebra del empleador, la protección del trabajador no está asegurada.

Se sigue de esto que la sustitución de los empleadores por compañías de seguros no aporta al trabajador una garantía efectiva.

De la experiencia adquirida en varios países se desprende que la administración de los accidentes del trabajo por un organismo público es el único sistema que aporta al trabajador el máximo de garantías. Por su carácter nacional, el organismo de Estado tiene más influencia sobre el empleador y hace obligatoria su afiliación al régimen. No teniendo ningún fin comercial, no aspira a ningún beneficio. Su objetivo principal es la protección del capital humano, y su éxito está en obrar de tal manera que el trabajador sea bien cuidado, curado, indemnizado en los mejores plazos, y reincorporado a su empleo. El organismo de Estado es susceptible de asegurar a la víctima todas las garantías ofrecidas por la ley en materia de accidentes del trabajo. Le da la certidumbre de que en caso de quiebra o insolvencia del empleador, lo tomará siempre a su cargo.

En lo que concierne a la extensión de la garantía ofrecida por los regímenes estudiados, importa subrayar la cobertura del riesgo "in itinere". En efecto, los accidentes que sobrevienen en el curso del trayecto del domicilio al lugar del trabajo y viceversa representan a menudo una proporción apreciable del conjunto de los accidentes registrados. Su exclusión de un régimen de reparación de accidentes del trabajo expone a la víctima a enormes gastos médicos, a los cuales su débil situación financiera no le permite hacer frente.

Es deseable que las enfermedades profesionales sean asimiladas a los accidentes del trabajo en países donde la legislación no ha dictado todavía medidas en este sentido.

IV. PRINCIPIOS GENERALES SOBRE LA ASISTENCIA MÉDICA

Conviene subrayar las disposiciones favorables que debe tomar un régimen nacionalizado para ofrecer al trabajador los cuidados médicos en las mejores condiciones.

Tres disposiciones principales pueden ser adoptadas:

1. El principio de la libre elección del médico. (Queda entendido que, en el estado actual del equipo sanitario de los países africanos, no siempre es posible practicar este principio en la realidad; pero se trata de una situación temporaria que no disminuye en nada el valor del principio de libre elección, que debe constituir el objetivo deseado.)

2. El contralor médico.

3. Tomar a su cargo todos los gastos obligados.

Cuando el médico está ligado al empleador o a la compañía de seguros por una convención, a menudo se comprueba que sufre la influencia de éstos en el ejercicio legal de su profesión; en consecuencia, obedece las directivas de sus comitentes en la práctica de ciertos actos médicos (atención, certificados, derecho al reposo).

Por el contrario, si se deja al enfermo la posibilidad de elegir su propio médico, su confianza en los tratamientos recibidos es cada vez mayor, lo que constituye un factor importante que puede favorecer una rápida curación.

Por otra parte, es indudable que tomar a su cargo la integridad de los gastos causados por un tratamiento, alienta al médico a emplear todos los medios modernos de la terapéutica para cuidar a su cliente; pero, para evitar posibles abusos los enfermos deben ser sometidos a un control médico ejercido por el médico consejero del organismo en gestión.

V. ACCIÓN SANITARIA Y SOCIAL

Atender al trabajador, está muy bien; evitarle los accidentes y la enfermedad, está mucho mejor.

Por eso no se podría hablar de asistencia médica sin subrayar el papel importante que deben jugar la acción sanitaria y social y la prevención de los accidentes y enfermedades profesionales, que constituyen los únicos medios de que dispone actualmente la seguridad social para prevenir a la humanidad contra la miseria y los riesgos profesionales.

La acción sanitaria y social de las cajas de seguridad social complementan las prestaciones previstas por la ley en favor de los asegurados sociales, en particular, y del conjunto de la población, en general. Esta acción se ejerce principalmente bajo la forma de actividades médico-sociales y complementan los efectos de la prevención de los riesgos profesionales. Se puede, pues, concluir que si se tomaran todas las medidas de prevención, y la acción sanitaria y social se condujera eficazmente, la seguridad social podría con facilidad poner en jaque a los riesgos.

En la mayor parte de los países africanos existe para las cajas la posibilidad teórica de crear organismos sanitarios de este género.

En la práctica, las realizaciones concretas, donde existen, son bastante débiles, o bien —lo que no es raro— simplemente faltan.

Ello se debe a varias causas; las más frecuentes son: dificultades financieras, ausencia de programa coherente, conflictos de competencia con el servicio nacional de salud, falta de cuadros, etc.

Por otra parte, si es posible concebir en la intención de los trabajadores y sus familiares las casas de descanso, asilos, jardines y guarderías infantiles, en la mayor parte de los países africanos la organización social, política y administrativa no permite reservar para estas solas personas los organismos encargados de dispensar atenciones médicas, tales como centros de protección materna e infantil; lo mismo vale para las

otras formaciones hospitalarias, cuando éstas no se sitúan en el interior de una empresa.

Esta realidad es también una fuente de dificultades para las cajas en la creación y la gestión directa de los organismos de carácter sanitario.

Por tales razones, en estos países de recursos generalmente limitados, una concepción original de la acción sanitaria y social se impone, y esto no puede ser tratándose solamente de las cajas sino de todos los organismos que se interesen mucho o poco en los problemas medicosociales. Ya sea en el seno del servicio nacional de salud o separadamente, varios países han creado organismos sociales encargados exclusivamente de crear, organizar y administrar todas las obras sociales del país.

Los recursos de estos organismos especializados provienen del presupuesto nacional, de la seguridad social, de los organismos internacionales, etc.

Los organismos que participan así en el financiamiento de estos servicios participan igualmente en la discusión de los programas, en la elaboración de los presupuestos y en el control de sus actividades, y todo bajo la responsabilidad directa del Estado.

Esta fórmula presenta muchas ventajas. He aquí algunas:

Permite reagrupar todos los casos raros en un solo organismo;

pone fin al conflicto de atribuciones, siempre posible, entre la seguridad social y el servicio de salud-gobierno;

permite una justa distribución geográfica de las diversas instalaciones,

y en lo que concierne a la seguridad social, elimina varios problemas relativos al reclutamiento de personal, aprovisionamiento de medicamentos, control técnico, etc.; todo lo cual comportaría dificultades a veces insuperables, tanto desde el punto de vista administrativo como técnico.

VI. PREVENCIÓN

En el dominio de la prevención, se advierte que en casi todos los países de Africa la responsabilidad está repartida entre la inspección del trabajo y las cajas de seguridad social.

Pero la acción de tales servicios no se manifiesta sino hasta después de la realización de los riesgos. Con frecuencia, después de un grave accidente se reprocha al empleador no haber tomado tal o cual medida preventiva; se le sanciona y todo para allí.

Ahora bien, si existen medidas que deben tomarse para evitar al trabajador el sufrimiento y la miseria, la búsqueda y el empleo de estos medios deben constituir la inquietud constante de los organismos de seguridad social.

Por esto sería deseable que las cajas de Africa plantearan la creación de los servicios de prevención que les sean propios, o desenvuelvan los ya existentes con el fin de facilitar:

el desenvolvimiento, las investigaciones, el estudio, los ensayos, la enseñanza, la documentación o la propaganda concernientes a la higiene y a la seguridad del trabajo;

la organización y el control de la prevención, el concurso de técnicos-consejeros en materia de prevención;

la concesión de subvenciones, de préstamos o de adelantos a tasas reducidas a las empresas, con el fin de ayudarlas en la realización de instalaciones destinadas a asegurar una mejor protección a los trabajadores.

CONCLUSIÓN SOBRE LA FORMACIÓN DE CUADROS

A. Exposición de la búsqueda de los motivos

Los aspectos administrativos merecen toda la atención con motivo de la búsqueda de una solución racional y viable de los problemas que preocupan a los gerentes de las administraciones de la seguridad social. En efecto, si bien es cierto que la situación específica de cada país domina la elección, no lo es menos que la mejor legislación no puede dar los resultados esperados si la administración encargada de su aplicación no está a su altura.

Por otra parte, en diferentes discusiones y debates, las comisiones técnicas han subrayado en varias ocasiones la importancia que tiene buscar más allá de las simplificaciones en la aplicación de los métodos, una organización suficientemente sólida. Esta organización debe no sólo tener en cuenta los problemas materiales, sino el factor humano.

Las conclusiones de la comisión de asignaciones familiares destacan el interés puesto en los complejos problemas que en África plantea la superposición de los métodos modernos al tradicionalismo.

De hecho, este estado engendra numerosas dificultades en la aplicación de las legislaciones y obliga al personal encargado de la gestión a una atención más sostenida.

Las instituciones africanas son organismos jóvenes, encargados de aplicar legislaciones nuevas. La coyuntura política en pro de la evolución en materia social ha sido muy rápida; es deseable que la formación de los cuadros de las instituciones tenga idéntica evolución.

B. Objeto de la estructura

Debe dirigirse particularmente al personal de los cuadros superior y subalterno, y en una primera etapa conviene dar a este personal una formación lo más rápida posible.

La formación así definida podría realizarse:

- 1º sobre el plan nacional;
- 2º sobre el plan regional;
- 3º sobre el plan internacional.

1º *Plan nacional.* La formación de pequeños cuadros o de cuadros subalternos iniciales debería ser hecha a este nivel, mediante cursos de formación, ya sea a cargo directo de las cajas o de las organizaciones nacionales especializadas. Igual cosa debe hacerse en empleos técnicos de carácter interprofesional. Es deseable que se creen cursos periódicos de perfeccionamiento para el personal ya formado.

2º *Plan regional.* Se entiende por tal la división geográfica por continentes. Sin embargo, si bien es cierto que en tal materia no conviene economizar esfuerzos, en una inquietud de eficacia real podría mantenerse una división más restringida, basada expresamente sobre consideraciones de carácter lingüístico. En este nivel parece deseable la intervención de las organizaciones nacionales o internacionales especializadas.

Tal formación se daría en cuadros ya formados sobre el plan nacional, ya sea instituyendo grupos de estudios, o bien organizando seminarios o simposios.

Podría completarse con el envío de documentos técnicos periódicos, en los cuales se tratarían los problemas de la organización científica del trabajo y de los métodos.

Por otra parte, deberían realizarse frecuentemente cambios de aprendices que trabajarían en el seno mismo de los servicios de las instituciones africanas.

3º *Plan internacional.* Dos consideraciones conducen a examinar la formación sobre el plan internacional. La primera está ligada al interés de cambiar experiencias con estados cuya estructura tanto social como demográfica es diferente de la estructura africana.

La segunda está determinada por un estado de hecho que es la razón misma de nuestra presencia a esta Primera Conferencia regional africana. En efecto, por iniciativa de la A.I.S.S., de la cual casi todos los institutos de los diferentes estados son miembros, se han podido realizar cambios y estudios sobre el plan técnico.

La conferencia se complace en comprobar cómo era necesario agruparse alrededor de un organismo técnico de esta competencia y de esta calidad; por otra parte, rinde homenaje no sólo a la Asociación Internacional de la Seguridad Social, sino a la Oficina Internacional del Trabajo, a la Federación Nacional de los Organismos de Seguridad Social de Francia, a la Unión Nacional de Cajas de Asignaciones familiares de Francia y a los otros organismos similares de servicios dados en la formación de los cuadros. Asimismo, pide proseguir su ayuda para que esta formación continúe realizándose. En particular, sería deseable que al nivel de estas instituciones igualmente se creen:

a) seminarios;

b) períodos de prueba en organismos de seguridad social en diferentes estados de diversos continentes.

Además que se organicen, en mayor número, reuniones de estudios, y que cada vez que se advierta tal necesidad, se invite a delegados expertos.

Se piensa también que por conducto de estas instituciones especializadas, organismos como la Organización Mundial de la Salud, la UNESCO, el UNICEF se deben sumar al esfuerzo así emprendido.

RESOLUCIÓN SOBRE EL DESENVOLVIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LA
A.I.S.S. EN EL CONTINENTE AFRICANO

La primera conferencia regional africana de la Asociación Internacional de la Seguridad Social en Túnez, del 6 al 13 de octubre de 1962;

Adopta los informes que le fueron presentados en materia de asignaciones familiares, de asistencia médica y de inscripción e identificación de asegurados sociales;

Desea que la A.I.S.S. prosiga los estudios y las encuestas en los campos a que se refieren estos informes, en particular en lo que concierne al seguro de enfermedad-maternidad y al seguro de accidente. Ruega a la A.I.S.S. encarar una encuesta sobre las condiciones existentes en los países africanos en el campo administrativo y técnico en vista de facilitar la introducción de los regímenes de seguro de vejez, invalidez y muerte.

La Primera Conferencia regional africana de la A.I.S.S. considera que tales estudios y encuestas podrían ser realizados por comisiones técnicas y grupos de trabajo establecidos con ese fin.

Visto el éxito registrado por los trabajos de la primera conferencia regional africana, ésta emite su voto para que la A.I.S.S. prosiga y desenvuelva sus actividades sobre el continente africano por todos los medios a su disposición, especialmente en el dominio de las publicaciones, la realización de reuniones periódicas, de grupos de trabajo, de comisiones técnicas y de conferencias regionales.

VOTO RELATIVO A LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES

La primera conferencia regional africana de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, reunida en Túnez del 6 al 13 de octubre de 1962;

Vista la importancia que reviste la prevención de los riesgos profesionales en el cuadro de la seguridad social;

Emite el voto en el sentido de que las administraciones de la seguridad social en el continente africano cooperen por todos los medios posibles a la prevención de riesgos profesionales.