

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XI

EPOCA III

Núm. 12

NOVIEMBRE - DICIEMBRE

1961

MEXICO D. F.

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
GENERALES DE LA C. I. S. S. Y DE LA A. I. S. S.

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

DECIMOCUARTA ASAMBLEA GENERAL DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

	Pag.
Introducción.	7
Sesión de apertura	11
Acto de Clausura: Discurso del Sr. Lic. Benito Coquet	25
Desarrollos y Tendencias de la Seguridad Social (1958-1960).	29
Las Relaciones entre la Seguridad Social y los Servicios Sociales	63
Informes y Trabajos de las Comisiones:	
Comisión Permanente Médico Social.	73
Comisión Permanente del Seguro de Vejez	83
Comisión Permanente de Actuarios y Estadígrafos.	89
Comisión Permanente del Seguro de Desempleo.	97
Comisión Permanente de Asignaciones Familiares	109
Comisión Permanente de Organización y Métodos.	119
Comisión Permanente de Seguro de Accidentes	125
Comisión Permanente de la Mutualidad	135
Otros Trabajos de la Asamblea General	139
<i>Decimoquinta Sesión del Consejo de la A.I.S.S.</i>	141
<i>Decimotercera Reunión de la Mesa Directiva de la A.I.S.S.</i>	145
<i>Primera Reunión de la Comisión Regional Americana de Prevención de los Riesgos Profesionales.</i>	149

INFORMES Y TRABAJOS DE LAS COMISIONES

COMISION PERMANENTE MEDICO-SOCIAL

La Comisión Permanente Médico-Social de la A.I.S.S. que sesionaba también como comisión de la XIV Asamblea general, celebró su séptima reunión el 25 y 26 de septiembre de 1961 bajo la presidencia del señor R. Melas (Austria).

En la orden del día de esta reunión figuraban los dos puntos siguientes:

1º Volumen y costo de las prestaciones por enfermedad, en dinero y en especies.

2º Problemas de armonización de los criterios de invalidez.

Ante todo hay que recordar, al abordar el primer punto de la orden del día, que fue en 1953, al celebrarse la XI Asamblea General, cuando la A.I.S.S. decidió estudiar los problemas del seguro-enfermedad. Y fue así como la XII Asamblea General de la A.I.S.S. fue informada de 6 trabajos referentes al campo de aplicación del seguro-enfermedad, prestaciones en efectivo, prestaciones en especie, organismos aseguradores, coordinación y colaboración con otras ramas del seguro y por fin el financiamiento. En seguida fue presentado a la XII Asamblea General de la Asociación un informe sobre los gastos del seguro-enfermedad y basado en él, la Asamblea General decidió continuar las investigaciones sobre el efecto del seguro-enfermedad y de los servicios médicos en relación con la frecuencia y los gastos de los tratamientos médicos, prestaciones farmacéuticas y hospitalización, así como el informe sobre el financiamiento del seguro-enfermedad y los servicios médicos. En virtud de esta decisión un grupo mixto de trabajo compuesto por miembros de la Comisión Permanente Médico-Social y de la Comisión Permanente de Actuarios y Estadígrafos, formuló un voluminoso cuestionario dirigido a las instituciones que habían contestado completa y satisfactoriamente al cuestionario anterior. Respondieron al cuestionario instituciones de veinte países; dicho cuestionario estaba dedicado en su primera parte a los cuidados médicos y en la segunda a las prestaciones en dinero por enfermedad.

Las respuestas a este cuestionario permitieron al ponente, señor Fritz Kastner, director de la Federación de Cajas-Enfermedad de la República Federal de Alemania, redactar un informe sobre el volumen y el costo de las prestaciones por enfermedad tanto en efectivo como en especies.

Del mismo modo y basada en esas respuestas, la señorita Laura Bodmer, Consejera Técnica de la Comisión Permanente Médico-Social de la A.I.S.S. preparó un estudio comparativo de los diversos regímenes tratados en la investigación. La primera parte de este estudio acompañada de numerosos cuadros estadísticos, está consagrada a analizar las regiones consideradas. En la segunda parte figura un análisis comparativo de los diversos regímenes, por una parte al punto de vista del campo de aplicación y la extensión de las prestaciones y por otra, sobre las tendencias del volumen y costo de las prestaciones de atención médica y sobre

las prestaciones en efectivo. Al final de este estudio se encuentran también los datos estadísticos básicos.

Por otra parte, las monografías nacionales (presentadas en dos volúmenes) con abundantes datos estadísticos y sus descripciones de las modalidades del seguro y de las relaciones con las personas que proporcionan a los asegurados los cuidados médicos, los de hospitalización y los medicamentos, constituyen una fuente preciosa de información.

Volvamos ahora al informe propiamente dicho que fue ampliamente discutido en el seno de la Comisión Médico-Social. La dificultad de encontrar un instrumento de medida por todos conceptos satisfactorio para los gastos del seguro-enfermedad, obligó al ponente a orientar el informe, al lado de la comparación internacional de los resultados, hacia el estudio de los problemas creados por la comparación y los trabajos futuros, que dependen en gran parte de contar con una medida óptima de comparación. Los informes sobre el seguro-enfermedad presentados a las XII y XIII Asambleas Generales de la A.I.S.S. hacían notar ya las grandes dificultades que se oponen a una comparación internacional válida, ya que los datos estadísticos en los diferentes países descansan en criterios que varían de un lugar a otro en una medida a veces muy sensible. Si se quiere que los estudios comparativos internacionales tengan valor para los organismos del seguro-enfermedad, es necesario disponer de bases estadísticas uniformes. Llegar en este punto a mejores resultados y a una más amplia comparabilidad, era la tarea del grupo de trabajo mixto mencionado anteriormente.

El fin preciso de esta investigación era recoger datos ordinarios y comparables sobre el volumen y el costo de la atención médica y las indemnizaciones por enfermedad para dilucidar las causas del aumento constante del costo.

Los datos obtenidos permitieron ver, no solamente qué gastos están a cargo de los regímenes de seguridad social, sino también qué gastos corresponden al mismo interesado o al Estado. Únicamente la comparación de los gastos a cargo de los regímenes de seguridad social con el conjunto de gastos que acarrea la atención médica, permite observar la actividad y la evolución de la seguridad social en el terreno del seguro-enfermedad.

Si se quiere, no solamente examinar las condiciones en otro país, sino también sacar conclusiones para su propio país, no bastan las cifras absolutas. Será tarea de la estadística hacer comparables los datos absolutos.

Para el análisis internacional que figuraba en el estudio comparativo preparado por la señorita Bodmer, fueron escogidos dos métodos de comparación, a saber, la comparación en el tiempo y la comparación de régimen institucional; además, estos dos métodos están combinados en cuanto a la comparación institucional en el tiempo. Para los fines de la comparación de los gastos por persona protegida, fue tomado como instrumento de medida el producto nacional neto al costo de los factores por habitante (llamado para mayor concisión "ingreso nacional"). Este fue escogido, por una parte, porque es muy fácil obtener este dato y por otra porque las investigaciones anteriores de la A.I.S.S. lo habían utilizado.

Tanto el ponente como quienes participaron en la elaboración de este análisis internacional reconocen la insuficiencia de este instrumento. Se consideró ampliamente la posibilidad de escoger un instrumento de medida más racional, por ejemplo, un salario-tipo expresado en una moneda nacional, o el valor de un artículo cualquiera de consumo ordinario, como por ejemplo, el pan. El ponente se vio obligado a examinar si el nivel general de los precios de consumo en los diferentes países estudiados, no podría ser tomado como elemento de apreciación tal y como está expresado por el canasto de provisiones de los estadígrafos cuando calculan el índice del costo de la vida. Teniendo en cuenta el poco tiempo de que disponía el ponente, no fue posible adoptar este instrumento de medida. Sin embargo, quizás allí habría un punto de partida para futuras consideraciones.

Si se consideran las razones por las cuales el instrumento de medida que utilizaron no da entera satisfacción y si se considera el cuadro A del anexo al análisis internacional, o el cuadro 3 del mismo análisis, se constatarán las diferencias considerables en el informe relativo, entre el costo de las prestaciones por enfermedad en especies y en efectivo y el ingreso nacional. Las diferencias pueden originarse tanto en el instrumento de medida adoptado, el ingreso nacional, como en el costo. Parece pues necesario abordar el problema bajo el aspecto de las contabilidades nacionales.

Tanto en la teoría como en la práctica de las contabilidades nacionales se distinguen ordinariamente cinco factores: producto interior bruto y neto al costo de los factores, el producto nacional neto al costo de los factores (llamado en general "ingreso nacional") el producto nacional neto a los precios del mercado y finalmente el producto nacional bruto a los precios del mercado.

Estos cinco factores son elementos de una fórmula que resulta de ciertas adiciones y deducciones, como la exclusión o la adición de los valores que representan las amortizaciones, los impuestos indirectos, las subvenciones y los pagos del ingreso del trabajo y de la fortuna entre el interior y el extranjero. No debe perderse de vista que las diferencias relativas entre los factores económicos tienen su origen, no solamente en la diversidad de estructuras de las economías nacionales, sino también en los diferentes métodos de investigación, de evaluación y de cálculo en las contabilidades nacionales. Se llega así a preguntarse qué factor eliminaría más ampliamente las divergencias debidas a los métodos de investigación de evaluación y de cálculo.

El máximo del trabajo futuro, que desgraciadamente permanece irrealizable, debería ser poner los gastos en relación con la parte del ingreso nacional que está a la disposición de las personas protegidas. Para esto habría que considerar la posibilidad de escoger, en lugar de un factor sacado de las contabilidades nacionales, otro instrumento de medida que correspondiera mejor a la población asegurada, por ejemplo, el total de los salarios de las personas protegidas.

Por lo que se refiere al aumento del ingreso nacional, los datos estadísticos no permiten determinar, sin estudiarlos más en detalle, si éste es nada más nominal, nada más real o, como sucede a menudo, nominal y

real a la vez. Si el aumento del ingreso nacional tiene un carácter puramente nominal hay la posibilidad de compararlo con el costo del seguro-enfermedad, pues una modificación del poder adquisitivo modificará el costo de las prestaciones del seguro-enfermedad en la misma proporción en que varió el total del ingreso nacional. Por el contrario, si se trata de un aumento real, no es posible establecer una comparación.

Si se quieren comparar los gastos de seguro-enfermedad con el ingreso nacional, habría que agrupar a los países que tienen una economía estándar y un nivel de vida más o menos comparable, ayudándose con un "índice social".

Igualmente debería constatar que la diferente organización de los regímenes de protección y de los servicios sociales del Estado no permite una verdadera comparación entre los diferentes países al punto de vista del costo total. Por otra parte, el ponente hizo notar que, una comparación entre las verdaderas necesidades y la cobertura de las mismas daría informes muy interesantes. Desgraciadamente los datos proporcionados por las instituciones interesadas diferían mucho en su estructura, por lo que no fue posible proceder de una manera general a tales comparaciones.

Sin embargo, el costo no depende solamente de la posibilidad de cubrir las necesidades sino también del grado de necesidad real. Este grado está en función del estado general de salud de la población, de la naturaleza de las enfermedades más extendidas, de la estructura de la población, etc. Hay que mencionar también la diferencia de grado en la lucha contra la mortalidad de los recién nacidos y de los niños de corta edad. Se puede también citar como factores que influyen la necesidad real: el estado de desarrollo de la industria farmacéutica, las incomodidades debidas a los progresos de la técnica, los accidentes de tránsito, el consumo de tóxicos y el cambio en las costumbres alimenticias, el problema de los refugiados, la densidad modificada de la población, la diferencia en la necesidad económica, la diferencia en la extensión de la medicina profiláctica, etc.

En el estudio de los costos ligados en los diferentes países a las prestaciones en especie, hay que tener cuenta del hecho de que las prestaciones de médicos, dentistas, etc., deben apreciarse de diferente manera. Sería necesario, para un análisis profundo, como lo concibió el ponente, comparar las diferentes listas de tasas y de precios. Se podría comparar, por ejemplo, lo que cuesta la consulta del médico, en horas de consulta, en cada país, lo que cuesta una medicina conocida, etc.

Finalmente hay que mencionar que, del lado de los costos, las mayores divergencias provienen de las estructuras diferentes en los sistemas de prestación. El análisis internacional describe claramente y en detalles esta situación en sus secciones subdivididas según la categoría de las prestaciones.

En conclusión, el ponente sugiere en su informe, que las investigaciones posteriores se limiten cada vez a categorías determinadas de prestaciones, por ejemplo, al costo de la hospitalización. Para esto habría que recoger datos detallados sobre el número de camas, duración media de estancia en el hospital para cada género de enfermedades, nivel especial de los precios manifestado en el costo de ciertos servicios, etc.

Las investigaciones no deberían de hacerse en cada caso más que en regímenes aproximativamente comparables.

En los debates que siguieron a la presentación del informe, numerosos oradores tomaron la palabra para hablar sobre los problemas del seguro-enfermedad, precisando así los datos proporcionados en las respuestas al cuestionario.

Después, la Comisión designó un Comité de redacción encargado de precisar, a la luz de las discusiones tenidas durante las sesiones plenarias, el nuevo texto de las conclusiones. Estas fueron en seguida adoptadas unánimemente por la Asamblea General.

Sobre el segundo punto de la orden del día de la Comisión, el Dr. Pavel Makkaveiskii, director del Instituto de Investigaciones y Pericia de la Capacidad de Trabajo y de la Organización de Trabajo de los Inválidos de la URSS puso a consideración un informe de las actividades de Grupo de Trabajo sobre los problemas de armonización de los criterios de invalidez.

Ante todo, el informe recuerda que ya habían sido presentadas a las XII y XIII Asambleas Generales de la A.I.S.S. una resolución y varias conclusiones tendientes a armonizar los criterios de invalidez.

En seguida y en forma muy breve examina cómo se desarrollaron los trabajos de las dos reuniones del Grupo de trabajo celebradas en Florencia en 1958 y 1960 por invitación del Instituto Nacional de Seguridad Contra Accidentes del Trabajo de Italia.

Al celebrarse la primera reunión del Grupo de trabajo se enteró de un documento de trabajo preparado por el Dr. Springer que señalaba las dificultades y la complejidad del problema, debido sobre todo a las premisas erróneas y a la extremada confusión de los conceptos interpretados de diferente manera en cada país y aun en los diversos organismos de seguridad social de un mismo país.

La discusión se concentró sobre la cuestión de la posibilidad de reunir en un plan internacional los métodos de evaluación del grado de invalidez y los medios de lograrlo. Se examinaron dos sistemas:

1º Examen comparativo crítico de todos los valores utilizados, así como de los datos médicos y los datos de la seguridad sobre los cuales se apoya, para determinar los valores fundados sobre el mejor método;

2º Determinación de reglas internacionales apropiadas y fijación de un valor promedio.

Sin embargo, sólo se tomó en consideración el primer sistema y se llegó en este sentido a algunas conclusiones.

La orden del día de la segunda reunión del Grupo de Trabajo comprendía:

1º Continuación de la discusión sobre la unificación de las bases de evaluación de invalidez.

2º Incidencia de los regímenes del seguro-invalidez y del seguro-accidentes sobre las medidas aplicadas al realizar la readaptación de los inválidos.

El punto 1 de la orden del día permitió continuar la discusión y el examen de los resultados de la primera reunión. Dichos resultados no deben de ninguna manera ser subestimados, aun cuando haya sido imposible llegar a decisiones satisfactorias, especialmente en la evaluación objetiva de la pérdida de funciones fisiológicas, que permitan trazar cuadros mínimos cuyo valor pueda ser reconocido en la escala internacional.

Los miembros del Grupo de Trabajo llegaron a la conclusión de que actualmente no es necesario elaborar una tabla completa, sino que bastaría hacer figurar algunas categorías y que la cuestión podría resolverse por la fijación de una pensión básica y un suplemento de pensión determinado.

El punto 2 de la orden del día llegó a ser esencial pues, en muchos países, la legislación de seguridad social se opone al restablecimiento de la capacidad de trabajo y aun en ciertos casos lo impide. Los regímenes del seguro-pensiones son a veces demasiado rígidos y convendría hacer más flexibles sus disposiciones. Habría también que modificar las prestaciones de la seguridad social después del restablecimiento de la capacidad del trabajo, para crear en el inválido una actitud psicológica correcta frente a las medidas de readaptación. El inválido debe saber que no pierde ninguno de los derechos adquiridos y que si la reeducación fracasa puede inmediatamente volver a gozar de todos sus derechos sin dificultades especiales.

Se decidió igualmente redactar un cuestionario para conocer mejor la incidencia de los regímenes del seguro-invalidez de accidentes en las medidas de readaptación.

El Grupo de Trabajo redactó en seguida las conclusiones y la recomendación que fueron sometidas a la Comisión Permanente Médico-Social.

Después de haber sido encomendadas por la Comisión, la Asamblea General del 29 de septiembre las adoptó y recomendó por unanimidad.

En fin la Comisión Médico-Social examinó su programa de actividades futuras. Teniendo en cuenta las conclusiones que acababan de adoptarse, se decidió continuar, por una parte, la investigación sobre el seguro-enfermedad y por otra, la investigación sobre los problemas de armonización de los criterios de invalidez.

Para terminar, la Comisión procedió a renovar su mesa directiva que quedó integrada en la forma siguiente:

Presidente: Sr. Reienhold Melas (Austria).

Vice-Presidente: Sr. Carlos Lazarte Echegaray (Perú).

Ponentes: Sres. Fritz Kastner (República Federal de Alemania y Pavel Makkaveiskii (URSS).

*CONCLUSIONES ACERCA DE LAS ENCUESTAS SOBRE
EL VOLUMEN Y EL COSTO DE LAS PRESTACIONES
DEL SEGURO DE ENFERMEDAD, EN ESPECIE Y EN
DINERO*

La XIV Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, reunida en Estambul del 23 al 30 de septiembre de 1961,

Ha examinado el informe relativo a las encuestas sobre el volumen y el costo de las prestaciones del seguro de enfermedad en especie y en dinero que le fue sometido,

Ha comprobado que los costos de las prestaciones en especie y en dinero, así como la cuantía de estas prestaciones, son muy diferentes, lo cual depende de muchos factores,

En consecuencia, la Asamblea General adopta las conclusiones siguientes:

1.—La A.I.S.S. debe proseguir la investigación sobre las causas de las diferencias en los volúmenes y los costos de las prestaciones del seguro de enfermedad en especie y en dinero, dada la importancia de esta cuestión.

Con este fin y en vista del gran valor de los datos ya recogidos, se invita a los miembros de la Asociación a seguir proporcionando regularmente estos datos como base de estudios futuros.

2.—La encuesta sobre los instrumentos de medida más apropiados para hacer comparables los resultados en los diferentes regímenes, constituye la condición previa para comparaciones internacionales futuras.

3.—Como paso siguiente, deben hacerse por separado encuestas más especializadas sobre el volumen y el costo:

a) Por concepto de hospitalización;

b) Por concepto de suministro de medicamentos.

En estas encuestas deben usarse varias medidas de comparación, con el fin de comprobar su valor para los propósitos de investigaciones futuras más amplias.

4.—Todas las encuestas deben ser realizadas con la colaboración de los organismos internacionales competentes en esta materia, y deben coordinarse con las investigaciones de tales organismos, particularmente con los estudios relacionados con el costo total de los servicios de salud.

5.—Estas encuestas, como se ha hecho hasta ahora, deben confiarse a la Comisión Médico-Social de la A.I.S.S.

6.—La Asamblea General recomienda a todos los miembros de la A.I.S.S. prestar su colaboración a la Comisión y a sus grupos de trabajo y, en particular, poner a su disposición material presentado con la mayor uniformidad, para facilitar la comparación.

CONCLUSIONES SOBRE LOS PROBLEMAS DE LA ARMONIZACION DE LOS CRITERIOS DE LA INVALIDEZ

La XIV Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, reunida en Estambul del 23 al 30 de septiembre de 1961,

RECONOCE que la evaluación de la invalidez que podría afectar al hombre como entidad, plantea un problema muy complejo en el que concurren varios elementos:

1.—Un elemento anatomofisiológico;

2.—Un elemento relativo a la capacidad profesional no diferenciada;

3.—Un elemento relativo a la capacidad de ganancia que puede estar ligado a las posibilidades de trabajo económicas;

OBSERVA que los sistemas actualmente en vigor en los diversos países no conducen en general a la armonización en el plano internacional;

CONSIDERA que sería oportuno prever la preparación de una escala en el ámbito internacional, que se referiría a funciones fisiológicas fundamentales y que haría posible la apreciación de la pérdida de estas funciones;

CONSIDERA, asimismo, que sería posible realizar un primer paso hacia la armonización de los criterios de la evaluación de la invalidez si se toman como referencia los siguientes principios y métodos.

A.—PRINCIPIOS

1.—El elemento básico de mayor valor que ha de tomarse en consideración, por ser común a todos los hombres en cualesquiera circunstancias, se ha de encontrar en la evaluación de la pérdida de las funciones físicas que afectan las actividades habituales de carácter privado y social del individuo.

2.—Esta evaluación debería determinarse según bases objetivas y aceptables para cada país.

3.—Es conveniente que en esta evaluación se tenga en cuenta la capacidad para realizar:

- a) Todo trabajo de carácter general y específico;
- b) Actividades personales, tales como la capacidad de efectuar sin ayuda exterior, las actividades habituales de cada día o de reaccionar normalmente a las influencias exteriores;
- c) Actividades sociales, tales como la capacidad de mantener relaciones con el mundo exterior y de participar activa o pasivamente en dichas actividades sociales.

4.—Las consideraciones técnicas, económicas y sociológicas desempeñan también un papel en la evaluación de los efectos de una invalidez en la capacidad residual para el trabajo, teniendo en cuenta la edad, el sexo y las posibilidades de la reeducación profesional.

B.—METODOS

1.—Los métodos de evaluación de la invalidez pueden variar según los regímenes nacionales y según que se apliquen dentro de regímenes de indemnización por pérdida anatómicofuncional, o dentro de regímenes de indemnización por pérdida de ganancias.

2.—En todos los casos, la primera necesidad es evaluar la importancia de la incapacidad física. Se trata de un problema puramente médico que comprende, además de una apreciación exacta de las lesiones existentes, un cálculo de su influencia sobre las funciones fisiológicas y la vida privada del individuo en cuestión.

CONCLUSIONES SOBRE LOS PROBLEMAS DE LA READAPTACION

La XIV Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, reunida en Estambul del 23 al 30 de septiembre de 1961,

CONFIRMANDO las recomendaciones de la XII Asamblea General de la A.I.S.S., en México;

CONSIDERANDO que las legislaciones nacionales han reconocido la primordial importancia del problema de la readaptación de los enfermos y los lesionados al proponer el facilitarles todos los medios necesarios para eliminar su handicap, mediante el tratamiento adecuado o indemnizarles;

CONSIDERANDO, sin embargo, que la complejidad de la legislación puede dar lugar a una falta de coordinación y de continuidad y a la ineficacia de todos los esfuerzos encaminados a una readaptación eficaz;

ESTIMA que es necesario armonizar las diversas disposiciones de seguridad social relativas a la medicina preventiva, la terapia, la indemnización por incapacidad para el trabajo, la reeducación profesional y funcional y los problemas relacionados con el empleo de los inválidos, con el fin de crear las más favorables condiciones, tanto desde el punto de vista psicológico como económico.

RECOMENDACION RELATIVA A LOS PROBLEMAS DE LA ARMONIZACION DE LOS CRITERIOS DE LA INVALIDEZ

La XIV Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, reunida en Estambul del 23 al 30 de septiembre de 1961,

Habiendo examinado el relato de las actividades del Grupo de trabajo sobre los problemas de la armonización de los criterios de la invalidez que le ha sometido la Comisión Médico-Social,

EXPRESA el deseo de que se prosiga el estudio sobre la armonización de los criterios para la evaluación de la invalidez, pero considera que se debería efectuar una investigación detallada de este problema simultáneamente con respecto, por una parte, a los métodos de evaluación aplicables a los regímenes para la indemnización por pérdidas anatómicas y funcionales y, por otra parte, a los métodos de evaluación aplicables a los regímenes de indemnización por reducción de la capacidad de trabajo.