

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.

**La Seguridad
Social en Cuba**

Serie Monografias 6

CONFERENCIA
INTERAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL
CISS

SECRETARIA GENERAL



**CONFERENCIA
INTERAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL**

Lic. Genaro Borrego Estrada
Presidente

Lic. Roberto Ríos Ferrer
Secretario General

**Dr. Alvaro Carranza
Urriolagoitia**
Director del CIESS

**Coordinación Técnica de la
Secretaría General**

Lic. María del Carmen Alvarez
Lic. Pedro Cervantes Campos
Act. Ana Luz Delgado Izazola
Lic. Antonio Espitia Ledesma
Ing. Francisco Martínez Narváez
Lic. Mario A. Rodríguez Malpica E.
Dr. Antonio Ruezga Barba

Comisión Editorial

Lic. Sergio Candelas Villalba
Coordinador
Lic. Gabriel del Río Remus

Este libro fue publicado por la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Su contenido es responsabilidad exclusiva de su (s) autor (es) y no refleja necesariamente la posición de la CISS. Está permitida la reproducción total o parcial de su contenido sólo con mencionar la fuente.

Derechos reservados conforme la ley

ISBN 968-7346-11-6

***LA SEGURIDAD SOCIAL
EN CUBA***

APOYO TECNICO
Martha Gisela Peña Rodríguez.

**LA SEGURIDAD SOCIAL
EN CUBA**

Serie Monografias 6

**CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARIA GENERAL**

INDICE

	Pag.
PRESENTACION	iii
PROLOGO	vii
I. LA POLITICA SOCIAL	1
1- Empleo	3
2- Educación	6
3- Vivienda	14
II. LA SEGURIDAD SOCIAL	17
- Orígenes y transformaciones	
1- El seguro social en la República neocolonial	19
2- La seguridad social a partir de las transformaciones políticas ocurridas en la etapa posterior a 1959	25
3- La Ley 1100 de 1963	30
III. EL SISTEMA VIGENTE DE SEGURIDAD SOCIAL	35
1- Régimen de seguridad social	38
2- Régimen de asistencia social	60

IV. LOS REGIMENES ESPECIALES	79
1- Seguridad social de los trabajadores independientes	81
2- Seguridad social para el sector artístico	83
3- Seguridad social de los militares y combatientes del Ministerio del Interior	85
4- Seguridad social de la población rural	90
V. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	103
1- Fundamentos del Sistema	105
2- Situación en 1958	106
3- Medidas iniciales	107
4- La mortalidad	111
5- Organización administrativa	116
6- La protección a la maternidad en Cuba: el Programa Materno-Infantil	120
7- Programa Nacional de Atención al Anciano	124
8- El Plan del Médico de la Familia	128
9- Objetivos y directrices para incrementar la salud cubana	130

**VI. FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE
SEGURIDAD SOCIAL** 133

VII. BIBLIOGRAFIA 147

PRESENTACION

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), creada en 1942, es un organismo internacional de carácter especializado y permanente cuyo objetivo es promover la colaboración e intercambio de conocimientos y experiencias entre las instituciones que agrupa para lograr el desarrollo de la Seguridad Social en el continente en beneficio de nuestros pueblos.

En la actualidad, la Conferencia reúne a 33 países y 54 instituciones de seguridad social en América.

Por instrucciones del presidente de la CISS, licenciado Genaro Borrego Estrada, la Secretaría General, consecuente con los estatutos que rigen al organismo y con el Sistema de Información de la Seguridad Social Americana realiza un programa editorial cuyo propósito responde a la demanda de las instituciones de seguridad social que integran la Conferencia, por conocer los avances que se registran en áreas que comprende su trabajo cotidiano y dejar así constancia de los mismos en documentos útiles.

Por consiguiente, en respuesta a este proyecto, la Conferencia ha elaborado la Monografía sobre la Seguridad Social en Cuba, con la muy valiosa participación del Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, organismo encargado de ejecutar la política del Gobierno en materia de seguridad y asistencia social en Cuba, cuyo representante es decano de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, así como con la activa colaboración de los especialistas del organismo mencionado, bajo la dirección del Doctor Félix Argüelles Varcácel. Por parte de la Secretaría General de la CISS, la Lic. María del Carmen Álvarez García tuvo a su cargo la integración y coordinación de la información que hizo posible la versión final del documento.

En este sentido valoramos altamente la colaboración brindada por instituciones como el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación y el Instituto Nacional de Turismo de Cuba, que con su aporte enriquecieron el contenido del documento que da respuesta al interés del propio país y a las demandas de las instituciones de seguridad social de América, tendientes a lograr un mejor y más extenso conocimiento de las labores que desarrollan otras organizaciones con objetivos y tareas similares en sus respectivos ámbitos.

La presente monografía describe el proceso de formación del sistema de seguridad social en Cuba, que comprende prestaciones monetarias ante contingencias establecidas en sus regímenes de protección y servicios sociales complementarios; además permite obtener una amplia información sobre las bases en las cuales se proyecta el sistema.

Es interés de la Secretaría General satisfacer la solicitudes que han dado origen a las monografías, con la confianza de su utilidad para las instituciones que integran la Conferencia.

LIC. ROBERTO RIOS FERRER
Secretario General de la
Conferencia Interamericana
de Seguridad Social.

PROLOGO

La República de Cuba es un estado que ejerce su soberanía sobre una parte insular del continente americano, mide poco más de 100 mil kilómetros cuadrados y su población era al finalizar 1992 de 10 869 218 habitantes. El territorio se encuentra dividido en 14 provincias, 169 municipios y un municipio especial denominado Isla de la Juventud. La presente monografía contiene la descripción de su Sistema de Seguridad Social elaborada conforme al propósito de difundir el conocimiento de los regímenes de seguridad social de los países latinoamericanos que alienta la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Los cambios económico-sociales ocurridos en el país a partir de 1959, significaron el trazado de elevadas metas de transformación en la estructura económica, la conciencia social y las condiciones de vida del pueblo. El logro de tales metas se ha apoyado durante los últimos 35 años en la firme voluntad política de realizar, junto a la estrategia para conseguir el desarrollo económico, un vasto programa de política social que ha comprendido a la seguridad social como uno de sus principales sectores.

La concepción de la política social tal como ésta se ha venido aplicando en el referido lapso, entraña la consideración dentro de las funciones estatales de los distintos elementos en que la política social se manifiesta, de la estrecha interrelación que estos elementos guardan entre sí y con los fines esenciales del desarrollo integral del país y de la garantía respecto a la efectiva ejecución de los planes acordados.

Una muestra de esa interrelación y garantía es ofrecida de modo señalado por la seguridad social, entendida conceptualmente y realizada en la práctica como el sistema de medios que comprende, no sólo las prestaciones monetarias ante las contingencias usualmente consideradas en los regímenes de protección, sino también un conjunto de servicios sociales complementarios de las prestaciones monetarias que se enlazan a éstas últimas para asegurar los resultados que la monografía relata. Los 6 capítulos del libro pretenden explicar cumplida y objetivamente el proceso de formación y obtención de tales resultados, los rasgos presentes del Sistema de Seguridad Social que los aseguran y hasta las bases razonables que permiten señalar desarrollos futuros del Sistema.

I

LA POLITICA SOCIAL

La atención a un tiempo de los problemas económicos y sociales ha sido una línea constantemente seguida desde 1959. El desarrollo del país ha descansado en la unión armónica de los aspectos económicos y sociales y ha tenido como punto de mira una política social única, aplicada sistemáticamente y apoyada en la participación popular a través de la acción estatal. Sobre esas bases se han orientado las funciones del Gobierno respecto al empleo, la educación, la cultura, la vivienda, la seguridad social, la asistencia social y la salud. Y es consustancial al desenvolvimiento de la sociedad cubana la real y efectiva observancia de las regulaciones recogidas en la Constitución de la República con respecto a las necesidades y derechos esenciales del hombre.

1. EMPLEO

El elemento básico de la seguridad social lo constituye la existencia del pleno empleo, pues sólo cuando el hombre obtiene por el trabajo los ingresos necesarios para satisfacer sus necesidades materiales y espirituales, logra su plena seguridad. Sin embargo, por diversas razones no siempre es posible obtener los ingresos por la vía del trabajo, como en el caso de los niños, ancianos, inválidos e individuos impedidos de desempeñar una actividad laboral. Cuando ello ocurre corresponde a la sociedad brindar a todos los ciudadanos, mediante los mecanismos creados a este fin, la seguridad de que podrán continuar disfrutando de un nivel de vida acorde con la dignidad humana.

En Cuba la lucha por el empleo constituyó durante años una de las demandas de la clase obrera y estas demandas fueron motivo de convulsiones sociales manifestadas entre otras formas en innumerables huelgas durante los años de la República neocolonial.

Según datos del Consejo Nacional de la Economía, organismo extinguido en 1959, una encuesta realizada en el año 1958 reveló la existencia de unos 515 mil desempleados en el país, cifra que representaba el 23,7% de la población económicamente activa. También era patente el fenómeno del subempleo

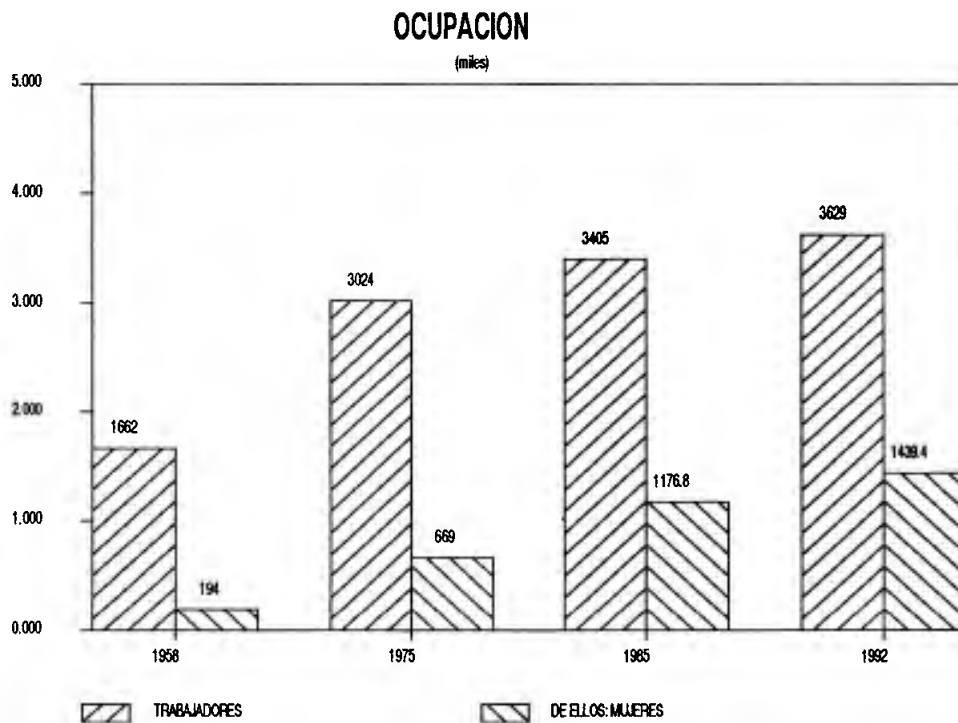
calculado en ese propio año en unas 223 mil personas. Tanto el desempleo como el subempleo representaban en su conjunto un alto nivel de subutilización del potencial laboral del país (alrededor de la tercera parte de la población económicamente activa), lo cual se reflejaba con mayor fuerza en las áreas rurales, donde alcanzaba hasta el 45%

La situación del empleo femenino era mucho más aguda. Solamente se encontraban trabajando 194 mil mujeres, las cuales representaban el 11,6% de la ocupación y desempeñaban en su mayoría labores relacionadas con la servidumbre doméstica.

A partir de 1959 se producen cambios sustanciales en la política laboral. La creación de nuevos empleos constituyó una de las medidas iniciales adoptadas por el Gobierno, con el fin de comenzar una justa redistribución del ingreso y asegurar la satisfacción de las necesidades espirituales y económicas de las familias.

El desempleo, como fenómeno social, fue erradicado en el primer decenio, al punto que en el censo de 1970 sólo se registraron 34,7 miles de personas en busca de trabajo para una tasa de desocupación del orden del 1,3%, una de las más bajas del mundo en ese momento.

Desde 1959 hasta finales de la década de los 80, se crearon algo más de tres millones de empleos con un ritmo promedio anual de crecimiento del 3,1%.



FUENTE: Banco de Datos.
Dirección de Planificación,
Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, 1994.

Esta política de garantizar el empleo a toda la población se ha mantenido por la dirección del Gobierno y, a pesar de la situación actual, se persiste en la generación de empleo, fundamentalmente en las actividades prioritarias para el desarrollo económico de la nación, así como en la utilización lo más racional y eficiente posible de los recursos laborales, en la redistribución planificada del personal que resulte en exceso y en el aseguramiento de una compensación salarial para aquellos trabajadores que no logran ser reubicados en otro empleo.

En 1992 existían en Cuba 3,6 millones de trabajadores incorporados al sector estatal civil, de ellos 1,4 millones de mujeres que representan el 39,6% de la fuerza laboral.

2. EDUCACION

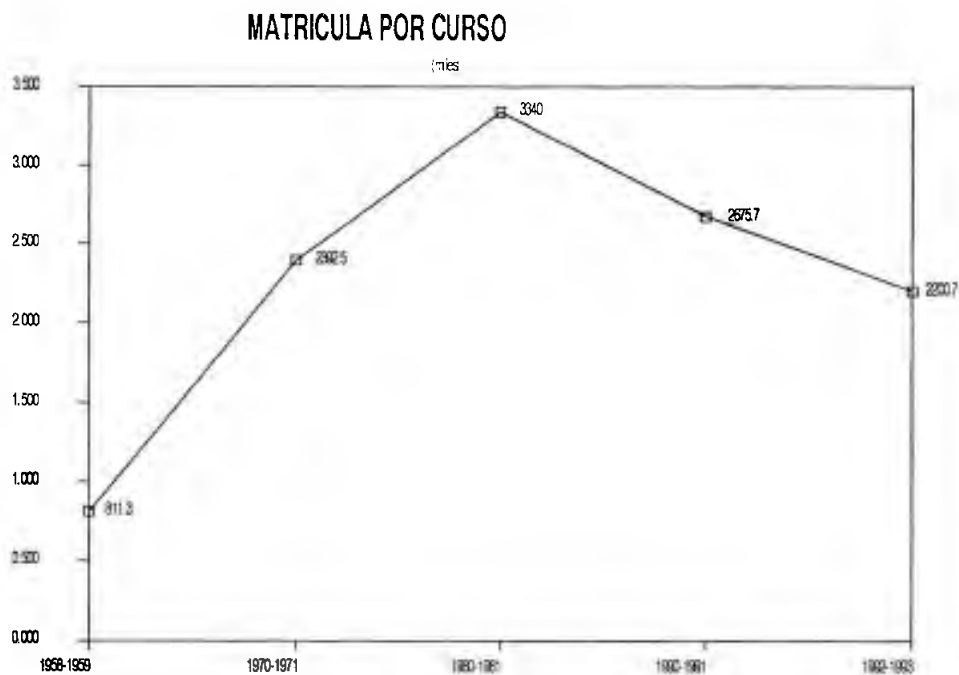
El Sistema de Educación en Cuba parte de la función ineludible del Estado en el área de la enseñanza, y, consecuentemente, ésta adquiere un carácter público y gratuito en sus diferentes niveles. La gratuidad incluye la exención del pago por matrícula y cuotas en todos los centros educacionales y el suministro de los libros y materiales, y se extiende tanto a los planes de becas como al sistema de internados y semi-internados.

La educación antes de 1959 reflejaba fielmente el estado de abandono del país. Según datos correspondientes al año 1953, sólo el 56,4% de los niños podía asistir a la escuela primaria, únicamente el 28% de los niños y jóvenes entre los 13 y 19 años de edad lograba continuar sus estudios en los centros de enseñanza media y era muy limitado el acceso a la educación superior.

En el citado año 1953, con una población de 6,5 millones de habitantes, existían:

- más de medio millón de niños sin escuelas,
- más de un millón de semianalfabetos,
- una enseñanza primaria que llegaba sólo a la mitad de la población en edad escolar,
- una enseñanza media superior para minorías, ofrecida en los grandes núcleos urbanos, y
- 10 mil maestros sin trabajo.

A partir de 1959, se adoptaron medidas para eliminar el analfabetismo y garantizar la ampliación de los servicios educacionales, extendiéndolos a todo el pueblo. El esfuerzo inicial estuvo dirigido a incrementar el personal docente. En 1959 se abrieron más de 10 mil aulas, se convirtieron 69 cuarteles en escuelas y se organizaron contingentes de maestros voluntarios que marcharon a las montañas y otros lugares apartados.



FUENTE: Dirección de estadísticas.
Boletín Estadístico del Ministerio de Educación, 1994.

Antes de los cambios sociales ocurridos en Cuba en 1959, existían 22,8 miles de maestros y profesores en todos los niveles de educación, actualmente cuenta con 257 mil, once veces la cifra de 1959. Sólo habían 3 universidades estatales con alrededor de 15 mil estudiantes; y en el curso 1992 - 1993 la matrícula sobrepasó los 223 mil estudiantes, lo que representa 15 veces la cifra anterior. La red actual está integrada por 47 centros que cubren las 14 provincias y el municipio especial Isla de la Juventud.

En 1961 se desarrolló la Campaña Nacional de Alfabetización, mediante la cual se enseñó a leer y a escribir a 707 mil personas, lo que posibilitó relacionar a residentes de la ciudad y el campo y que los jóvenes maestros conocieran las condiciones de vida en las zonas rurales. Esta Campaña contó con la incorporación entre maestros, brigadistas e instructores de 288,420 personas. Su

carácter esencial y su importancia histórica estuvieron definidos por la participación masiva de la población en este empeño.

Al culminar la Campaña de Alfabetización, se organizó un plan masivo de becas, principalmente para los más de 100 mil alfabetizadores. Se inició el plan de educación para campesinas, incorporándose más de 150 mil muchachas de las áreas rurales.

En 1961 se nacionalizó y se estableció el carácter gratuito de la enseñanza, garantizándose, el derecho de todos los cubanos a recibir educación, lo cual le imprimió un verdadero carácter democrático. El movimiento educacional así surgido dio lugar a las campañas por la generalización del nivel educacional de los trabajadores hasta el sexto grado y posteriormente hasta el noveno grado, objetivo que se alcanzó en el quinquenio 1980 - 1985, al lograrse que 908 mil trabajadores obtuvieran ese nivel.

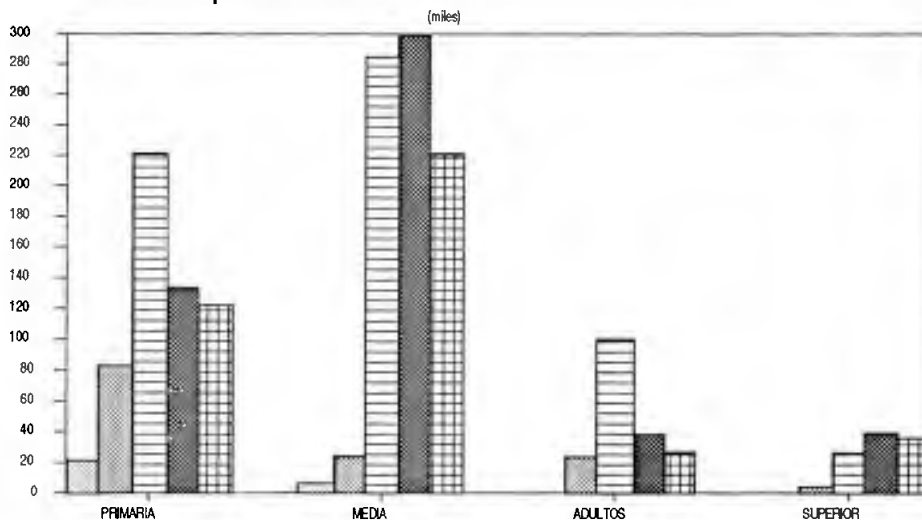
El subsistema de Educación General, Politécnica y Laboral constituye la base del sistema educacional, incluye desde el grado preescolar hasta la educación preuniversitaria y se vinculan a éste, tanto la educación especial como la educación de adultos. Esta última comprende articuladamente desde los niveles elementales de educación hasta la educación media superior, incluida la enseñanza de idiomas.

La educación técnica y profesional atiende la educación industrial, la agropecuaria, y las de economía y administración, para la formación de obreros calificados y técnicos medios de las distintas ramas de la producción y los servicios. La educación superior tiene a su cargo las universidades para la formación de especialistas, profesionales e investigadores de nivel superior.

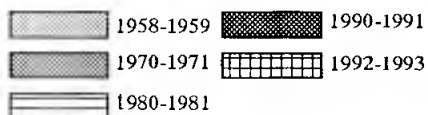
GRADUADOS POR NIVEL DE EDUCACION EN LOS DIFERENTES CURSOS (MILES)					
NIVEL EDUCACIONAL	1958-1959	1970-1971	1980-1981	1990-1991	1992-1993
Primaria	21.6	82.3	221.7	133.4	122.4
Media	4.6	24.6	284.4	298.5	221.6
Especial			1	3.2	3.7
Adultos		22.8	99.7	37.7	27.1
Superior		3.6	25.9	39.4	35.5
Otros	0.5	2.4	3.8	8.2	10.7
TOTAL	26.7	135.7	636.5	520.4	421

FUENTE: Boletín Estadístico,
Dirección de Estadísticas,
Ministerio de Educación, 1994.

Graduados por niveles de educación



FUENTE: Boletín Estadístico,
Dirección de Estadísticas,
Ministerio de Educación, 1994.



En el curso 1992 - 1993, entre becarios internos y semi-internos hubo casi un millón cien mil alumnos, de ellos 674 mil semi-internos y 410 mil becarios. A estos últimos se les suministra gratuitamente, además de los libros y de todo el material docente, alimentos, uniformes, transporte, alojamiento y otros elementos necesarios. Con estos medios se facilita la educación media y superior de quienes residen en las zonas más apartadas.

Antes de 1959, en la enseñanza industrial existía un solo centro con el nivel equivalente de técnico medio, la Escuela de Artes y Oficios. El resto de los 16 centros que funcionaban, sólo preparaban obreros calificados en cantidades muy reducidas y con una formación académica muy limitada por la carencia de presupuesto y falta de textos. Hoy más de 284 mil jóvenes de uno y otro sexo, se preparan en las diversas profesiones en 662 centros que conforman la red de escuelas profesionales, dotadas de base material de estudio y talleres.

En cuanto a la educación especial, antes de 1959 sólo existían 15 instituciones pequeñas con una matrícula de 134 alumnos, financiados en su mayoría por patronatos. Actualmente en Cuba existen 518 escuelas para la atención de ciegos, débiles visuales, estrábicos y amblíopes, sordos, hipoacúsicos, retrasados mentales, con retardo en el desarrollo psíquico, con trastornos de conducta, impedidos físico-motores y con trastorno del lenguaje, con una matrícula de más de 60 mil alumnos atendidos por 11 mil profesores, incremento que ha permitido elevar el índice de escolarización en la enseñanza especial al 85%.

Los círculos infantiles surgen como una respuesta a la demanda social de garantizar la incorporación masiva de la mujer al trabajo y la atención al niño en las edades preescolares. En la actualidad existen 1 160 círculos infantiles en todo el país con más de 11 mil educadoras y una matrícula de 146 mil niños.

NUMERO DE ESCUELAS, PERSONAL DOCENTE Y MATRICULA POR NIVELES DE ENSEÑANZA EN EL CURSO 1992-1993			
NIVEL	ESCUELAS	DOCENTES	MATRICULA
Circulo infantil	1160	11532	145956
Prescolar		6550	143656
Primaria	9368	60228	942431
Media	1791	79881	759221
Especial	518	11035	60162
Esc. de oficios	187	4451	30041
Esc. de adultos	468	7798	119253
TOTAL	13492	181475	2200720

FUENTE: Boletín Estadístico,
Dirección de Estadísticas,
Ministerio de Educación, 1994.

La experiencia cubana corrobora la mutua vinculación de las condiciones sociales y la educación. Así se observa en la práctica cotidiana el principio que combina el trabajo y el estudio. Este principio martiano cumple un triple objetivo: formativo, productivo y social, y está presente en todos los niveles de enseñanza. En la educación media el principio se desarrolla por medio de la "escuela al campo" y la "escuela en el campo". La primera modalidad, aplicada desde 1967, se utiliza para la incorporación de los estudiantes de secundaria básica e institutos preuniversitarios externos a labores agrícolas durante 4 - 6 semanas en cada curso escolar.

Las escuelas secundarias básicas e institutos preuniversitarios "en el campo", se encuentran ubicadas en zonas donde existen empresas de desarrollo agropecuario a las cuales están vinculadas. Su organización permite a los alumnos alternar la docencia con la producción.

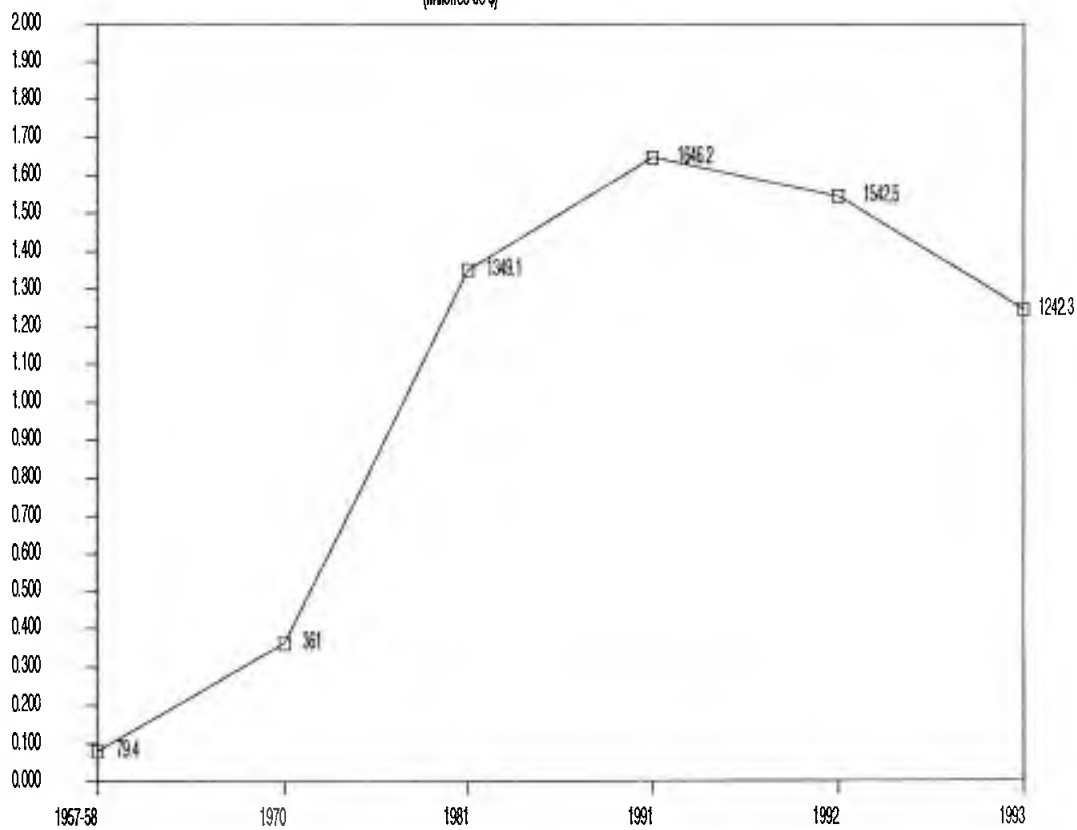
En la educación superior el trabajo se relaciona con la formación profesional de que se trate. En todos los niveles, la aplicación del principio fomenta la disciplina en el trabajo, incita a la investigación directa del mundo circundante y contribuye a la producción de bienes y servicios.

La elevación de los niveles educacionales ha requerido dedicar cuantiosos recursos materiales, a fin de garantizar la continuidad de los estudios a toda la población en edad escolar. El presupuesto para la educación en el curso 1993-1994 fue de 1 242 millones de pesos, a pesar de las limitaciones impuestas por la actual situación económica del país.

En el presente curso escolar, se ha realizado un enorme esfuerzo en el orden material y organizativo para garantizar que todas las escuelas abrieran sus aulas y dispusieran de los recursos indispensables para su mantenimiento y para la ejecución de la labor docente - educativa, logro en que también ha influido la ayuda internacional que ha recibido y continúa recibiendo el país en insumos y materiales escolares.

PRESUPUESTO

(millones de \$)



FUENTE: Boletín Estadístico,
Dirección de Estadística,
Ministerio de Educación, 1994.

3. VIVIENDA

Un serio déficit habitacional, el 50% de las edificaciones en condiciones inapropiadas y sin energía eléctrica, el 75% de las viviendas campesinas en estado precario y la absorción de la tercera parte de los ingresos familiares por los alquileres, entre otros hechos, caracterizaban la situación existente en 1959 con respecto a la vivienda.

La limitación de los recursos disponibles no impidió, sin embargo, que se iniciaran de inmediato las acciones dirigidas a atender los problemas más urgentes: se acometió la eliminación de los barrios insalubres y la construcción de pueblos nuevos en el campo. Una ley suspendió los desalojos, que antes de 1959 habían alcanzado el número de 70 mil en un año; y otra creó un organismo encargado de transformar la Lotería Nacional en método para financiar la construcción de viviendas. Se rebajaron en ese propio año los alquileres en un 50%.

La Ley de Reforma Urbana, promulgada en 1960, dispuso la terminación de los elementos especulativos que había desnaturalizado la función social a que está llamada la inversión en la vivienda y, respondiendo a los anhelos del pueblo, convirtió en propietarios de sus viviendas a quienes en ese momento las ocupaban como arrendatarios, por medio de la amortización de su valor. La Ley estableció como etapa posterior de la Reforma, la entrega en usufructo permanente de las nuevas viviendas construidas por el Estado mediante el pago mensual de una cantidad que no excede el 10% del ingreso familiar.

En 1984 otra ley autorizó la transferencia de la propiedad a los usufructuarios onerosos y ocupantes legítimos de sus viviendas y la entrega en propiedad de las viviendas que en lo sucesivo se asignaron por el Estado para esos fines, como resultado de ello más de 780 mil familias se convirtieron en propietarias. Se entregó, además, la propiedad sin pago alguno a 295 mil ocupantes no legalizados o que mantenían usufructo gratuito en viviendas propiedad del Estado.

Se estableció que a partir del 1ro. de julio de 1985 las viviendas construidas por el Estado o que quedaran disponibles fueran entregadas en propiedad mediante el pago de un precio legal por los metros cuadrados de superficie útil y la ubicación geográfica. Este precio legal, inferior al costo de inversiones, se amortiza al Banco Popular de Ahorros en un término de 15 ó 20 años y con un interés del 3%.

A fines de 1988, una nueva ley dictó disposiciones que tienen como uno de sus objetivos básicos propiciar la solución de los déficits habitacionales via el incremento de la construcción de viviendas por el Estado y por la acción de la comunidad y la población, promoviendo para ello la participación de los trabajadores organizados en microbrigadas y la construcción de viviendas con el esfuerzo propio de la población. Esta transformación ha sido particularmente notable en las zonas rurales, donde la construcción de nuevos pueblos ha determinado un sustancial cambio de las condiciones de vida existentes en los campos cubanos.

En el contexto de los grandes planes de desarrollo, ante el déficit de la fuerza de trabajo para la construcción de viviendas, se acudió a la participación popular manifestada entre 1959 y 1961 en el sistema denominado de "esfuerzo propio y ayuda mutua", que fue aplicado en la erradicación de los barrios insalubres y se concretó desde los primeros años de la década del 70 en el movimiento de las microbrigadas.

Las microbrigadas están constituidas por trabajadores que mantienen el vínculo con sus centros de trabajo y por ellos perciben el salario. Laboran en la construcción de edificios para viviendas y obras sociales. Los materiales, equipos y asistencia técnica se suministran gratuitamente por el Estado.

En 1992 se aprobó el "Programa de construcción de viviendas de bajo consumo material y energético", el cual previó la construcción de 11 300 viviendas en dicho año. Este Programa tiene como fundamento la construcción, reparación y mantenimiento de viviendas, sus urbanizaciones y servicios, con el empleo de técnicas alternativas de construcción que utilizan un bajo consumo de ma-

teriales básicos y componentes energéticos. El Gobierno desarrolla un rol facilitador, no concentra en grandes empresas las fuerzas y medios de construcción, y es voluntad estatal mantener este Programa en los próximos años para que, a pesar de la situación económica actual, no se detenga la construcción de viviendas destinadas a la población.

En Cuba el derecho a la vivienda se plasma en el gradual incremento de las construcciones habitacionales como parte del plan integral que se acomete para asegurar la infraestructura y los servicios de educación, salud, deportes y otros aspectos de la política social.

La situación de la vivienda representa un problema aún no resuelto, a pesar de los grandes esfuerzos y avances realizados en ese frente. El crecimiento de la población, la reducción de la tasa de mortalidad y la prolongación de la esperanza de vida han ocasionado que cada año el número de núcleos familiares demandantes de viviendas sea cada vez mayor, superando las capacidades habitacionales que se crean.

Es voluntad del Estado cubano continuar financiando el desarrollo habitacional del país en forma integral a pesar de las actuales dificultades, facilitando los recursos necesarios a las empresas estatales para la construcción y rehabilitación de viviendas y apoyando a la población para la construcción y conservación de viviendas por esfuerzo propio. Durante los últimos 30 años el Estado ha jugado un papel preponderante en la formación del fondo habitacional, infraestructura técnica y servicios básicos inducidos. Esto ha permitido que en dicho período el fondo de viviendas creciera de 1,5 a 2,7 millones (74%), mientras que la población creció en un 60%.

II

LA SEGURIDAD SOCIAL

1. EL SEGURO SOCIAL EN LA REPUBLICA NEOCOLONIAL

Cuando cesa su dominio en Cuba, España no lega ninguna institución semejante a las que, a la sazón, comienzan a surgir en la Europa industrial sobre la protección de los trabajadores en los casos de pérdida del ingreso; y ha de transcurrir una década desde la instauración de la República mediatizada para que se dicten las primeras disposiciones de tal índole. Así, como en la mayor parte de los países latinoamericanos, la historia de las formas de protección social se inicia con el seguro social de los militares y empleados públicos y registra más tarde su extensión a limitados sectores de trabajadores asalariados.

La presencia de determinados acontecimientos ocurridos en el orden político-social durante la República neocolonial, influyó en la evolución del seguro social y la consideración de estos acontecimientos permite señalar tres principales etapas entre 1902 y 1958, a saber: de 1902 a 1920, que comprende las primeras leyes de seguro social a favor de los servidores estatales; de 1921 a 1940, comprendida entre la primera ley de seguro social a favor de los trabajadores asalariados y la Constitución de 1940; y de 1940 a 1958, comprendida desde la aprobación de la Constitución de 1940 y el fin de la República neocolonial.

Las entidades de seguros sociales surgieron como resultado de las luchas de los trabajadores en reclamación de un sistema aseguratorio, frente a las cuales el Gobierno fue accediendo a la aprobación de diversas leyes de seguro, con las cuales siempre procuraba, además de intentar satisfacer las demandas obreras, el apoyo de determinados sectores de la población. De este modo el seguro social no logró nunca una cobertura general.

En verdad, motivadas por la urgencia de soluciones inmediatas a los problemas del empleo y el salario, las masas trabajadoras no llegaron a constituir grupos de presión con poder suficiente para imponer un sistema aseguratorio de cobertura general. Este sistema fue creado a partir de 1959.

1902 - 1920

De 1913 data la primera ley de seguro social en el país. En ella se establecieron los beneficios de jubilación a favor de los militares y a ésta siguieron los regímenes de protección para empleados de comunicaciones en 1915, los funcionarios del poder judicial en 1917, los empleados de la administración pública y los maestros en 1919, y la policía nacional en 1920.

Durante casi dos décadas después de la instauración de la República mediatizada, se observa un vacío respecto a las formas de protección social de los obreros. La fuerza proletaria que entonces nacía y se manifestaba en huelgas y protestas, hizo objeto de su acción, como se ha dicho, sólo demandas de beneficio urgente e inmediato. Las medidas de protección social, poco extendidas aún en Europa, no podían concebirse en los inicios del siglo XX dentro de una estructura económica colonial agravada por la penetración imperialista.

En medio de dicha condescendencia hacia los servidores públicos, se aprobó en 1916 una ley de accidentes del trabajo para los obreros. Una reunión de trabajadores en 1914 la había reclamado y, si bien llena de limitaciones, la expresada Ley constituyó la primera manifestación legislativa de la previsión social en el país.

1921 - 1940

Se creó el Retiro Ferroviario en 1921 y ocho años después, el Retiro Marítimo y el Retiro de Transporte.

En 1928 el gobierno ratificó 16 convenios de la Organización Internacional de Trabajo en materia laboral y de seguridad social, entre ellos, los relativos a la protección de la maternidad y los daños por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Con suma irresponsabilidad se contrajeron obligaciones para después hacer caso omiso de ellas, posteriormente, en 1933 se promulgó una nueva ley de accidentes del trabajo acorde con el convenio ratificado y se

incluyó en la misma la regulación de las enfermedades profesionales. En 1934 se dictó la Ley sobre maternidad obrera, creadora de una institución que comenzó a funcionar en 1938.

No faltó en el curso de esos años el establecimiento de regímenes a favor de funcionarios públicos, como el que incluyó en 1929 a notarios y a registradores de la propiedad y en 1938 el referente a los registradores mercantiles.

1940 - 1958

Entre 1940 y 1958 se crearon 38 instituciones de seguro social, conocidas como cajas de retiro. Al crearlas no se reparó en la necesidad de previas evaluaciones estadístico-actuariales que permitieran medir la capacidad de las cajas para enfrentar sus egresos, incrementados estos por infladas burocracias y viciosas prácticas administrativas.

En determinado momento, en su preocupación por la merma de los ingresos nacionales, el Gobierno miró hacia el seguro social con el fin de hallar medios de recaudación. So pretexto de reordenar las cajas de retiro, se dictó en 1955 una ley reguladora de las aportaciones del Estado que propiciaba el aumento de las recaudaciones administradas directamente por el Gobierno. Ese mismo año visitó el país Peter Thullen, experto de la OIT enviado por este organismo internacional a solicitud del Gobierno para analizar la situación de los seguros sociales. Antes, en 1951, el Informe Truslow, formulado con motivo del análisis de la economía cubana realizado por la misión designada por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, de acuerdo con los intereses estadounidenses, constató el hecho de que durante los años 1947 a 1950 virtualmente todos los fondos de retiro y pensiones del sector estatal experimentaron crecientes déficits que condujeron en algunos casos a reducir el pago de los beneficios hasta en el 35% y, en otros, a demorarlo de 3 a 5 meses. La mayor parte de los fondos de reserva correspondientes a no menos de 11 retiros del sector laboral, afirma el susodicho Informe, fueron utilizados para cubrir déficits del Gobierno.

El estudio del Dr. Thullen está contenido en un informe publicado en 1956. Las conclusiones que se desprenden del Informe Thullen, son claras y precisas y pueden sintetizarse repitiendo "que la situación que confrontan los seguros sociales cubanos es grave, porque se hallan en estado deficitario, no ya respecto de los derechos en la vía de adquisición, sino respecto de las prestaciones en curso de pago, es decir, las jubilaciones y pensiones concedidas, pues las reservas existentes no igualan en la casi totalidad de los casos, los capitales constitutivos necesarios para garantizarlas, debido, entre otras razones, al hecho de que con ausencia de evaluaciones estadístico-actuariales se han reconocido ilimitadamente tiempos de servicios no contributivos, se han fijado edades demasiado bajas para la jubilación por vejez, se han introducido prácticas viciosas en la concesión de jubilaciones por invalidez; se conceden prestaciones demasiado altas en proporción a las primas o cotizaciones especialmente para las pensiones en caso de muerte; se llaman a familiares más allá del cónyuge viudo, hijos y padres a veces ascendientes y descendientes sin límite de grado, y aún a colaterales, a veces sin límites de edad para las hijas o demasiado altas; política errónea de las inversiones; administraciones deficientes y costosas, lo que en gran parte se deriva de la multiplicación excesiva de las cajas sin coordinación entre sí; diversidad de la naturaleza y cuantía de las prestaciones y de las tasas de cotización que fluctúan entre el 3 y el 6%; diversidad de condiciones básicas para su concesión aún para trabajadores de análoga situación social; todo lo anterior representa la existencia de privilegios y una carga financiera en estado de crecimiento de tal peso que en un futuro próximo será materialmente imposible sufragar, pues los campos impositivos terminarán por saturarse y no resistirán los sectores afectados los descuentos crecientes y las incesantes y siempre mayores exacciones que resultarán indispensable establecer para poder mantener los niveles teóricos de los regímenes en vigor. Al final será necesario reducir las prestaciones a cuantías irrisorias sin valor real alguno". Ya no bastaba una reforma, sino que era necesario un cambio radical.

Con referencia a la situación imperante en el campo de los seguros sociales, una ponencia de estos años del Dr. Andrés de J. Pérez Bustamante, especialista

cubano ya fallecido, sugirió una fórmula que contenía de manera alternativa tres soluciones: la reunificación de los seguros de vejez, invalidez y muerte; el funcionamiento con carácter transitorio, de las cajas existentes como agencias de un organismo único; ó una reorientación integral de los seguros de vejez, invalidez y muerte, basada en la coordinación o fusión de ciertas funciones básicas, la uniformidad de condiciones para obtener los beneficios y la consolidación financiera de las distintas instituciones.

Situación en 1958

Las características que motivaron el análisis crítico de Thullen son similares en 1958: multiplicidad de instituciones, cobertura incompleta, prestaciones insuficientes, desigualdad en los regímenes, gestión separada de cada institución.

Multiplicidad de instituciones: En 1958 funcionaban 52 instituciones de seguro social, denominadas "cajas", "fondos", "cajas de retiro" o "seguros", clasificadas en un documento de un organismo oficial existente entonces, la Junta Nacional de Economía, en "jubilaciones y pensiones del Estado", "seguros profesionales" y "seguros de los trabajadores". Deben agregarse el régimen de accidentes del trabajo y la caja de maternidad obrera.

La organización y beneficios del seguro de accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, provenía de las modificaciones introducidas en 1933 a la Ley de 1916. Basado en el principio del riesgo profesional, el régimen estableció la responsabilidad del empleador por el accidente ocurrido o la enfermedad sobrevenida a sus trabajadores con motivo u ocasión de la actividad laboral. El trabajador debía ser asegurado por una póliza suscrita con alguna de las compañías reconocidas oficialmente, a fin de facilitarle las prestaciones sanitarias y económicas. Los textos escritos en el pasado sobre la materia están llenos de fallos y doctrinas de los tribunales, lo que revela los dilatados trámites judiciales -con sus consabidos gastos- a los que se veían precisados con mucha frecuencia los trabajadores para obtener dietas y rentas de las empresas aseguradoras.

Desde 1938 existió en Cuba un seguro de maternidad financiado por trabajadores y patronos. Su gestión estuvo a cargo hasta el 31 de diciembre de 1960, de la Junta Central de Salud y Maternidad que funcionó como ente autónomo desvinculado de las demás instituciones de seguro social. Dicha Ley estableció como prestaciones la atención obstétrica y hospitalaria de la trabajadora y la esposa del trabajador, exigiendo un mínimo de cotizaciones. Se prohibía a la trabajadora embarazada laborar durante las seis semanas anteriores al parto y las seis posteriores. La licencia retribuida equivalía al salario dentro de los límites de dos y cinco pesos diarios.

Cuba ratificó en el pasado los convenios de la OIT sobre maternidad, sin embargo, las aspiraciones de estos instrumentos resultaron fallidas por la insuficiencia de la protección médico-hospitalaria, limitada de hecho en su campo de aplicación ya que el seguro no llegó nunca a las zonas rurales.

Cobertura incompleta: Aun cuando eran numerosos, los seguros sociales no llegaron a cubrir ni al 50% de los trabajadores asalariados. No existía el seguro de enfermedad. La creación de este seguro se vio frenada bajo el pretexto de la asistencia médica otorgada mediante establecimientos públicos y por el interés económico de las sociedades mutuales y las clínicas privadas. Su ubicación en centros urbanos privaba de los servicios hospitalarios a buena parte de la población, particularmente la rural.

Desigualdad: Hoy, cuando el régimen de seguridad social tiene un carácter unitario, causa asombro la disparidad que presentaban las leyes reguladoras de los seguros sociales existentes en 1958 con respecto a las condiciones de atribución, las fórmulas de cálculo, salarios de base, límites cuantitativos y otros aspectos relativos a las prestaciones monetarias. Tómese, por ejemplo, las regulaciones de la jubilación por vejez en el Retiro Azucarero, el Retiro Bancario, el Retiro Civil y el Seguro del Congreso. El Retiro Azucarero exigía 60 años de edad y 15 de servicios; el Bancario 50 años de edad y 30 de servicios ó 60 de edad y 10 de servicios; el Civil, 60 años de edad y 20 de servicios ó 55 de edad y 25 de servicios; y el Seguro del Congreso, para los legisladores, 45 años de edad y 15 de servicios, computables en ellos los prestados como

empleado público.

En lo que concierne a las fórmulas para el cálculo de las pensiones, las diferencias eran igualmente notorias. En la expresada contingencia el Retiro Azucarero y el Bancario tenían en cuenta grupos salariales determinados y los tiempos de servicios; el Civil, un porcentaje fijo, el 75%, del mayor haber disfrutado por más de un año; y el Seguro del Congreso, el 65% del haber básico. Los niveles de las prestaciones provenían, no sólo del ingreso recibido durante la actividad desempeñada. Se observa en efecto, que los altos porcentajes fijos establecidos en el Retiro Civil y el Seguro del Congreso propiciaban obviamente prestaciones más altas; y a ello contribuían, además, los límites máximos de la prestación, fijados en 150 pesos mensuales en el Retiro Azucarero, \$400 en el Retiro Civil y \$600 en el Seguro del Congreso.

2. LA SEGURIDAD SOCIAL A PARTIR DE LAS TRANSFORMACIONES POLITICAS OCURRIDAS EN LA ETAPA POSTERIOR A 1959

"Para eliminar los defectos básicos de los regímenes vigentes de seguro social en Cuba, ya no basta aplicar remedios paliativos, sino que deberá dictarse un alto definitivo y un cambio radical de rumbo de una política o práctica que está conduciendo al fracaso y la anarquía de los seguros sociales". Esta recomendación, de imposible puesta en práctica dentro de las condiciones existentes en el país cuando el Dr. Peter Thullen hubo de formularla, requería la profunda remoción de la situación político - social entonces imperante.

Así, al iniciarse la etapa de transformaciones en 1959, las primeras medidas atendieron los problemas urgidos de inmediata solución y siguió a ellas un rápido proceso de unificación administrativa y financiera de los regímenes establecidos hasta culminar en un sistema unitario inserto en la organización general de las actividades estatales y ligado, desde los años tempranos del período revolucionario, al proceso de desarrollo socio-económico que ha experimentado el país en los últimos 35 años.

La seguridad social adquirió un nuevo sentido. En este campo los objetivos del programa comprendieron de inmediato la atención financiera a los fondos de los seguros sociales existentes para garantizar el cumplimiento de sus obligaciones sin interrupción y a más largo plazo, la cobertura de todos los riesgos, la extensión de la protección a todos los trabajadores, la concesión de prestaciones suficientes, la racionalización y unidad administrativa, la gratuidad del sistema y la creación del seguro de enfermedad.

Inmediatamente fueron dotadas de fondos distintas cajas de retiros para el pago de las prestaciones sin prorrateso ni dilación. Se elevó a \$40 mensuales el mínimo de las jubilaciones y pensiones que algunas cajas tenían otorgadas en las irrisorias sumas de 2, 4 ó 5 pesos. Este aumento benefició al 88,8% de las prestaciones concedidas hasta diciembre de 1959 por las Cajas incorporadas al "Banco de los Seguros Sociales de Cuba". Asimismo se dio protección a las víctimas de la Guerra de Liberación, se creó el Ministerio de Bienestar Social con el fin de atender toda necesidad de la población desamparada y se estableció la indemnización a favor de personas afectadas por disposiciones o acciones del poder revolucionario.

El propósito era aplicar medidas encaminadas a iniciar una justa protección y redistribución del ingreso en concordancia con la línea económico-social que caracteriza la acción inmediata del Gobierno. El país enfrentó situaciones que, aún significando un crecimiento importante del gasto social, era preciso realizar sin aplazamiento.

El nuevo sentido que adquiere la seguridad social queda evidenciado, no sólo con las medidas antes indicadas, sino también en las inversiones que con fines de utilidad social se realizan en 1959 con los fondos del "Banco de los Seguros Sociales de Cuba" mediante préstamos destinados a los planes de la vivienda y de la reforma agraria. Estas inversiones llegaron a ascender a 30 millones de pesos.

Proceso de unificación

Al mismo tiempo, se dieron los primeros pasos hacia la transformación organizativa de los seguros sociales. Detrás quedaron por la acción del Gobierno los intereses políticos que habían frenado durante años la unificación. La nueva organización, basada en el principio de unidad, se realiza gradualmente. El proceso comienza en el sector laboral, constituido por los seguros sociales de mayor homogeneidad. En mayo de 1959 fue aprobada la creación del "Banco de los Seguros Sociales de Cuba" (BANSESCU) como organismo autónomo encargado del gobierno y ejecución de los seguros sociales, al que se incorporaron las veinte cajas de retiro del expresado sector, quedando extinguidas las funciones de sus directorios y transferidos al BANSESCU el patrimonio de dichas instituciones.

El objetivo era asegurar la unidad de la administración y extender después el régimen a los trabajadores desprovistos de amparo. Una ley de diciembre de 1959 dispuso esto último, se cubrió a todos los trabajadores dependientes en el régimen administrado por el BANSESCU. La citada ley incorporó un 40% aproximadamente de la población activa, si bien quedó pendiente para normas posteriores establecer el régimen de prestaciones de los nuevos asegurados.

En el sector público, dos líneas de acción caracterizaron las primeras decisiones en materia de seguridad social: una, la que facilitó el retiro de empleados y funcionarios que venían desempeñando sus cargos desde el pasado, lo que coadyuvó a la tarea de reestructurar la administración pública y organizar las fuerzas armadas revolucionarias; y otra, la que unificó los órganos gestores y, finalmente, su legislación. Con respecto al Retiro Civil, entre marzo y octubre de 1959, fueron dictadas siete leyes que autorizaron a disponer la jubilación de funcionarios y empleados con veinte años de servicios y establecieron normas de procedimiento para viabilizar la concesión. Con respecto al Retiro Escolar, dos leyes de septiembre y diciembre de 1959, facultaron al Ministro de Educación para disponer la jubilación forzosa de profesores con 65 ó más años de edad. Con respecto al Retiro Militar, cinco leyes, dictadas entre marzo de 1959 y mayo de 1960, ordenaron la revisión y depuración de las pensiones

concedidas, su reajuste y rebaja y el otorgamiento de pensiones extraordinarias a familiares de fallecidos después del 1ro. de enero de 1959, además de distintas medidas reorganizativas, concernientes a este Retiro. Una ley de febrero de 1959 disolvió la Comisión de Seguro del Congreso y designó en su lugar a un delegado del Gobierno. Otra de marzo del mismo año, disolvió el seguro de Gobernadores, Alcaldes y Concejales.

En el sector público se llegó paulatinamente a la unificación mediante distintas disposiciones como la adscripción de las Comisiones de Pensiones de los disueltos Ejército, Marina de Guerra y Policía Nacional al Ministerio de las Fuerzas Armadas Revolucionarias y la acumulación de los tiempos de servicios prestados como empleados, funcionarios u obreros del sector público. Una ley de mayo de 1960 consumó la unificación administrativa al crear la Dirección de los Seguros Sociales del Estado, a la que se confió dirigir y administrar las catorce instituciones del mencionado sector. La unificación del régimen de prestaciones se logró, finalmente, con la Ley 881 de septiembre de 1960.

La Reforma Constitucional del 20 de diciembre de 1960 confirió al Estado la administración y gobierno de la seguridad social, garantizando de ese modo su cabal desarrollo y justa aplicación.

Las rápidas transformaciones operadas conforme a los lineamientos de la economía planificada, impusieron hacia fines de 1960, cambios correlativos en la organización del Estado que incidieron en la administración de los seguros sociales. Esto se tradujo en la extinción del Banco de los Seguros Sociales de Cuba, la transferencia de sus funciones, activos y pasivos al Ministerio del Trabajo y la incorporación a este Ministerio del Seguro de Maternidad. Desde entonces se despliega un proceso hacia la unidad y coordinación de las funciones propias de la seguridad social, articuladas con las líneas generales del seguro estatal y la intervención creciente y directa de los trabajadores en su administración.

En febrero de 1961 se pasó al Ministerio del Trabajo la administración del

Seguro Social del Sector Público, ya unificado por la Ley 881 de 27 de septiembre de 1960. Posteriormente, la Ley 938 de 1961 estableció un procedimiento uniforme para el otorgamiento de prestaciones. La Ley 1010 de febrero de 1962 transfirió igualmente a la jurisdicción del Ministerio del Trabajo el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, asignando a la competencia del Ministerio de Salud Pública el otorgamiento de las prestaciones médicas, hospitalarias y farmacéuticas, como antes se había hecho con las prestaciones de esta índole en los casos de maternidad. La Ley 1024 de 1962 estableció el gobierno y administración de las 18 instituciones de seguros sociales del Sector Profesional por el Ministerio del Trabajo.

El régimen de financiación fue objeto de profundas transformaciones. El primer paso fue dado por la Ley 906 de diciembre de 1960, que sometió las contribuciones por seguros sociales y maternidad a un procedimiento uniforme de cobro a cargo del Ministerio de Hacienda. El nuevo sistema se perfiló más en virtud de las prescripciones contenidas en la Ley Fiscal vigente desde el 1ro. de enero de 1962. Bajo el sistema financiero que quedó establecido por esta Ley, los fondos de la seguridad social son recaudados mediante un impuesto llamado "contribuciones a la seguridad social", a cargo exclusivamente del empleador. Esto simplificó naturalmente el proceso de recaudación y dejó en manos de un aparato administrativo especializado, el Ministerio de Hacienda, las funciones consecuentes.

Los gastos del seguro devinieron una partida del presupuesto nacional, y las operaciones de pago fueron confiadas al Banco Nacional a través de su red de agencias en todo el país. Esta consolidación financiera redujo, de otra parte, los gastos que antes pesaban, por la dispersión de las apuntadas labores de pago y recaudación, sobre el órgano ejecutor del seguro social.

En general, una mirada de conjunto a la estructura administrativa ya permitía observar una notable disminución en los costos y una mayor organización en los servicios.

3. LA LEY 1100 DE 1963

En el mes de septiembre de 1962 y con las observaciones y sugerencias atendibles que surgieron del examen realizado por los trabajadores, se elaboró definitivamente una Ley orientada de acuerdo con nuevos principios. El campo de aplicación se extendió a todos los trabajadores y más de 250 mil trabajadores agrícolas quedaron comprendidos en el nuevo sistema. Ahora los trabajadores están protegidos en todas las contingencias, se fijaron pensiones decorosas y subsidios adecuados a la labor y al salario del trabajador, se otorga además asistencia médica y hospitalaria en los casos necesarios.

La Ley 1100 de 1963 representó, la culminación del proceso unificador y un momento singular en la aplicación de los principios de universalidad, comprensividad e integridad en el Sistema de Seguridad Social.

La Ley aseguró a todos los trabajadores y a sus familias, el amparo social en las más importantes contingencias, abarcando las de enfermedad, maternidad, accidente del trabajo y enfermedad profesional, invalidez, vejez y muerte.

No se estableció subsidio de desempleo, ya que se optó por la creación de empleos en lugar de crear fondos para su protección.

Sobre las prestaciones familiares, se consideró que la protección integral a la familia, debía brindarse en cuatro aspectos fundamentales: educación, salud, alimentación y vivienda, por ser estos los mayores rubros en los gastos del presupuesto familiar. Esta protección se garantiza con la educación gratuita, incluyendo los materiales escolares y un amplio programa de becas; con los servicios de salud también gratuitos a toda la población, y la alimentación subsidiada. Respecto a la vivienda, inicialmente se redujo el alquiler en un 50% y posteriormente se propició su adquisición, por lo que los arrendatarios se convirtieron en propietarios al disponer la Ley de Reforma Urbana que las cantidades que se venían abonando por alquiler se destinaran al pago del precio fijado a cada vivienda.

La Ley garantizó prestaciones monetarias en todos los riesgos y, cuando fueron necesarias, prestaciones en servicios y en especie. El nivel de las primeras se adecuó a la situación económica del país, y las fórmulas para calcularlas fueron, en general, más ventajosas que las de los seguros sociales que desaparecieron. El nivel asegurado proscribió las irrisorias cuantías de las dietas y rentas otorgadas por la vieja Ley de Accidentes del Trabajo y las pensiones misérrimas de algunos sectores. Las cuantías mínima y máxima, en todos los casos, respondieron a las exigencias del nivel de vida de la población. El nivel máximo de las pensiones favoreció a los trabajadores comprendidos en diez cajas de retiro que tenían establecido un límite inferior, a la vez que desapareció la suma alzada con que el seguro de accidentes del trabajo había afirmado su aspecto mercantilista.

Al regularse las prestaciones por enfermedad, la Ley siguió las pautas más frecuentes de la legislación extranjera en la fijación de las tasas y la administración del beneficio. Fue instaurado un período de carencia de tres días y en cuanto a las prestaciones por accidente o enfermedad profesional, las tasas establecidas excedieron a las prescritas en la derogada Ley de 1934. Estas prestaciones a corto plazo no quedaron sujetas a período de calificación alguno.

Las condiciones de atribución en la vejez variaron de acuerdo con el sexo y la nocividad o peligro del trabajo realizado. La edad de jubilación se fundamentó en la esperanza de vida activa considerada entonces y en el hecho de que las cajas de retiro anteriores no fijaban edades superiores.

En los casos de incapacidad permanente, se reconoció el derecho a jubilación y a las prestaciones en servicios y en especie necesarias al estado del trabajador, se incrementó en un 10% de su propio importe la jubilación por incapacidad total originada por accidente del trabajo o enfermedad profesional y fue objeto de especial consideración la incapacidad proveniente de servicios prestados contra el enemigo por los miembros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias, los miembros de la Defensa Popular y los miembros del cuerpo de Seguridad del Estado.

En la pensión por causa de muerte, el círculo de los familiares beneficiados incluyó a la viuda, a la compañera cuando faltare la viuda, al viudo sexagenario o incapacitado, los hijos menores de 18 años o mayores de dicha edad incapacitados, la madre y el padre. En todos los casos, con excepción de los hijos, se supeditó expresamente la concesión del derecho a la dependencia económica de los familiares con respecto al causante. Las prestaciones consistieron en pensiones mensuales fijadas de acuerdo con el número de beneficiarios y distribuidas por partes iguales entre ellos. Se permitió a la viuda trabajadora optar por aceptar la pensión o continuar en la actividad laboral sin derecho a recibir dicha prestación.

La Ley declaró la incompatibilidad de toda jubilación o pensión con una labor remunerada, exige la autorización expresa del Ministerio del Trabajo para reanudar la actividad laboral. Una resolución del año 1976 permitió incorporar al trabajo al jubilado por vejez, con la limitación de que la suma del nuevo salario y la prestación no podía exceder el salario devengado al jubilarse.

Se reconocieron los servicios prestados en cualquier época y sector laboral, a los fines de obtener las prestaciones del nuevo régimen; empero la falta de registros que permitieran conocer el tiempo de trabajo, sobre todo el de los asalariados del campo, motivó que se dictara la Resolución número 1306 de 1964, la cual facilitó que los trabajadores probaran sus años de servicios mediante testigos. Sin embargo, a fin de evitar abusos en la utilización de este medio probatorio, fue limitado a 25 años (tiempo mínimo establecido para obtener la jubilación por vejez) el tiempo total computable. Tal solución fue entonces necesaria y resultaba socialmente justa al permitir la jubilación de miles de trabajadores, particularmente del campo, que antes habían estado privados de toda prestación por el seguro social.

Los beneficios sociales derivados del régimen establecido por la Ley 1100 se reflejaron de inmediato en la considerable elevación del número de solicitudes de jubilaciones y pensiones. Del orden de los 20 mil en 1959, su número ascendió en un año y medio (1963 - 1964) a 110 mil. El gasto de la seguridad social en 1965 duplicó el del año 1960.

Resumen de los aspectos fundamentales regulados por la Ley 1100 de 1963

- *Reafirmó la responsabilidad del Estado en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del Sistema de Seguridad Social y el principio de exención de cotizaciones u otras contribuciones por el trabajador y el jubilado.*
- *Amplió la protección al 100% de los trabajadores asalariados, incluyendo a los asalariados del campo y a sus familiares.*
- *Estableció un régimen coherente de prestaciones, articulándolas para asegurar su disfrute sin interrupción.*
- *Comprendió entre las contingencias cubiertas el accidente de trabajo y la enfermedad profesional, abandonando la antigua teoría del "riesgo profesional" y adoptando un criterio social en la prevención, asistencia y rehabilitación.*
- *Abarcó la maternidad.*
- *Incluyó en el cuadro de las prestaciones a la enfermedad común y el accidente de origen común, cuyo seguro social no existía antes en Cuba.*
- *Reconoció a los fines de la seguridad social los tiempos de servicios prestados en cualquier actividad laboral en todo tiempo.*

III

EL SISTEMA VIGENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

El XIII Congreso Obrero convocado por la Central de Trabajadores de Cuba, en diciembre de 1973, sometió a un amplio análisis la política social y laboral entonces vigente, a fin de atemperarla a las nuevas realidades que iban surgiendo como resultado del desarrollo socio-económico del país. En dicho Congreso se aprobó una resolución sobre seguridad social en la que se recomendaba el examen de la legislación teniendo en cuenta los aspectos siguientes:

- estimular la permanencia en la actividad laboral de aquellos trabajadores que cumplan los requisitos de edad y tiempos de servicios para la jubilación por edad, concediéndoles un incremento mayor por los años que en lo sucesivo laboren;
- incrementar la cuantía de la jubilación en los casos de trabajadores que acumulan méritos excepcionales a lo largo de su vida laboral;
- regular la autorización para trabajar de los jubilados por edad;
- establecer una pensión extraordinaria para aquellos trabajadores que alcancen una edad avanzada con poco tiempo de servicios;
- establecer un tiempo mínimo de servicios para acreditar el derecho a la pensión por invalidez total, en relación con la edad alcanzada al momento de contraer la enfermedad, exceptuando a los que se invaliden por accidente del trabajo o enfermedad profesional;
- incrementar la cuantía de los subsidios por enfermedad o accidente;
- abonar un porcentaje de la diferencia entre el salario antiguo y el actual a los trabajadores que con motivo de presentar una invalidez parcial, deban ser reubicados en otro puesto de trabajo con disminución del salario;
- estudiar sobre la base de las experiencias alcanzadas, y como complemento de la ley de seguridad social, las medidas tendientes a mejorar la asistencia social.

Consecuentemente con estas recomendaciones se realizó un análisis por la Central de Trabajadores de Cuba y los trabajadores cuyo resultado fue la promulgación de la vigente Ley de Seguridad Social.

La primera modificación importante que se introduce con esta nueva legisla-

ción, se refiere al alcance que habría de darse al campo de aplicación de la seguridad social. La Ley 1100 de 1963 sólo comprendía al trabajador y su familia, pero ahora resultaba preciso concebir la seguridad social como un sistema que garantizara la protección con la más amplia cobertura para el trabajador, su familia y también aquella parte de la población cuyas necesidades esenciales no estuvieran aseguradas o que por sus condiciones de vida o de salud requiriera esa protección y no pudiera solucionar sus dificultades sin ayuda de la sociedad. Respondiendo a ello, fue concebida la regulación de un sistema integrado por dos regímenes: el de seguridad social y el de asistencia social que, en conjunto, formaran un todo armónico capaz de garantizar, como lo expresa la Constitución de la República, que "no haya persona incapacitada para el trabajo que no tenga medios decorosos de subsistencia".

La extensión que ahora se fija a la seguridad social tiene su apoyo en los preceptos de la Constitución que definen concretamente el cometido del Estado en esta tarea específica de la política social.

1. REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL

El 1ro. de enero de 1980 se pone en vigor la Ley 24 de 1979. Su campo de aplicación incluye a todos los trabajadores asalariados y cubre los riesgos de enfermedad común, accidente de origen común, accidente del trabajo, enfermedad profesional, maternidad, invalidez total, invalidez parcial, vejez y muerte. Su contenido armoniza el régimen de prestaciones con las condiciones del desarrollo socio-económico del país y asegura una distribución más justa de los fondos destinados a la seguridad social. Por otro lado, confirma el principio de eximir al trabajador de toda cotización y refleja la unidad administrativa del régimen.

Disposiciones de carácter general

Al examinar el contenido de la Ley, se observa primeramente un conjunto de disposiciones de carácter general, tales como las referentes al tiempo de

servicios, medios de probarlo, salario promedio para el cálculo de las prestaciones y sus límites cuantitativos, prohibición de simultaneidad e incrementos especiales.

Año de servicios

Se define como año de servicios el tiempo normal de trabajo de acuerdo con el sector o actividad de que se trate, por un período de 12 meses consecutivos. Se reconocen los servicios prestados en cualquier sector o actividad laboral en todo tiempo, excluyendo sólo los períodos de tiempo simultáneos.

Medios probatorios del tiempo de servicios

Las regulaciones establecidas a este fin tienen como objetivo asegurar la prueba del tiempo de servicios, mediante la incorporación al expediente laboral del trabajador de la documentación relativa a los servicios prestados hasta el 31 de diciembre de 1979 y la formal anotación del tiempo trabajado a partir del 1ro. de enero de 1980 en un registro establecido como parte de la documentación contable que han de llevar las entidades empleadoras.

Se computan como tiempo de servicios diversas situaciones en que por motivos involuntarios el trabajador no realiza una actividad laboral, tales como: la inactividad por enfermedad, accidente, maternidad, descanso retribuido, movilizaciones militares, estudios o preparación profesional, desempeño en funciones electivas, reclutamiento de jóvenes en el Servicio Militar Activo, licencias retribuidas, disponibilidad, prisión preventiva sin resultar en definitiva sanción, despido injustificado si recae resolución que ordena la reposición, invalidez parcial cuando el trabajador es sometido a tratamiento de rehabilitación o recibe curso de recalificación, o por causa no imputable al trabajador que durante su inactividad, ha recibido salario.

Salario promedio

Algunas de estas disposiciones generales se refieren a los factores que inter-

vienen en el cálculo de las prestaciones monetarias. Conciernen al salario y los tiempos de servicios. La regla general para la determinación del salario promedio dispone que se proceda a sumar los salarios devengados en los distintos períodos de actividad laboral que para cada caso fija la Ley y dividir su resultado entre la cantidad de días, meses o años que integre el período. Más adelante, al ser reguladas las pensiones por incapacidad temporal, invalidez y edad, esta regla se aplica en las particularidades que reconoce la Ley en dichos riesgos al objeto de determinar el salario base. Un artículo recoge la norma que considera como salario cuanto recibe el trabajador por razón de su actividad laboral. A ese fin el artículo enumera todos los posibles componentes del salario, su parte fija, su parte variable y cualquier otra remuneración adicional de carácter salarial.

Prestaciones

Las prestaciones se definen como los beneficios a que tienen derecho el trabajador y su familia, y se clasifican en monetarias, en servicios, y en especie. Las primeras están representadas por los subsidios otorgables en caso de enfermedad o accidente y las pensiones; las segundas por la asistencia hospitalaria, médica y estomatológica y también la rehabilitación física, psíquica y laboral; y las últimas por los medicamentos y la alimentación del trabajador hospitalizado, los aparatos ortopédicos, las prótesis en casos de accidente del trabajo o enfermedad profesional, así como los medicamentos en el accidente del trabajo o la enfermedad profesional que no requieren hospitalización.

Límite máximo de las prestaciones

La Ley 1100 de 1963 establecía, como límites, cantidades absolutas. La Ley 24 de 1979 elimina esa pauta y señala una cantidad relativa, consistente en el 90% del salario promedio para todas las prestaciones monetarias. Esto permite que los trabajadores de alta calificación reciban prestaciones que estén en mayor correspondencia con su aporte laboral.

Incrementos especiales

La Ley establece varios tipos de incrementos ante situaciones especiales que en ella se regulan.

No simultaneidad de pensiones

El precepto que prohíbe la simultaneidad de pensiones es una consecuencia de la coordinación y unidad del régimen de seguridad social; no obstante, se permite a quien tenga derecho a dos o más pensiones cobrarlas hasta el límite de 60 pesos, lo cual constituye otra medida encaminada a la protección de los beneficiarios de bajos ingresos.

Prestaciones monetarias en caso de enfermedad o accidente

En caso de enfermedad o accidente, además de la atención médico-hospitalaria gratuita, los trabajadores reciben las prestaciones monetarias denominadas subsidios, que reemplazan los salarios dejados de percibir como consecuencia de su incapacidad temporal. Esta incapacidad puede provenir de enfermedad común, enfermedad profesional, accidente de origen común o accidente del trabajo.

Como se ve, la rama de los denominados riesgos profesionales se integra en Cuba al régimen general de seguridad social de los trabajadores asalariados y las diferencias con respecto a la enfermedad común sólo estriban en la cuantía del subsidio que la ley señala.

Por otra parte, la maternidad es una contingencia que se encuentra regulada, por expresa disposición de la Ley 24 de 1979, en otra ley, la número 1263 de 14 de enero de 1974.

Subsidio

El subsidio consiste en la cantidad que resulta de aplicar el porcentaje establecido en la Ley al salario promedio diario percibido por el trabajador en los últimos seis meses.

Requisitos para su concesión y pago

El régimen no exige período de calificación para obtener el subsidio. La tasa depende del origen de la incapacidad y de que el trabajador se encuentre hospitalizado o no. Para concederlo sólo se requiere el "servicio activo". Como lo expresa la Ley, no hay derecho al subsidio cuando la enfermedad o accidente ocurre por "autoprovocación" o "con motivo de cometer un delito intencional o de pretender su comisión".

Tasas

La Ley 1100 de 1963 estableció como tasas para el pago del subsidio el 50% en caso de enfermedad común o accidente de origen común (40% si el trabajador estaba hospitalizado) y el 70% en caso de accidente del trabajo o de enfermedad profesional (60% si el trabajador estaba hospitalizado). La Ley 24 de 1979 siguió el método de las tasas fijas, si bien éstas fueron aumentadas en un 10%, como se observa en la escala establecida:

	HOSPITALIZADO (%)	NO HOSPITALIZADO (%)
Enfermedad común o acc. de origen común	50	60
Enfermedad profesional o acc. del trabajo	70	80

Salario base

Según un artículo de la Ley, el salario promedio se calcula aritméticamente teniendo en cuenta los salarios devengados por el trabajador en los seis meses anteriores a la fecha de la invalidez. Esta norma se completa con la regla formulada en el Reglamento que dispone incluir en el divisor de la operación los días de ausencias injustificadas.

Duración

El nuevo régimen de seguridad social establece el pago del subsidio hasta que se produzca el alta médica o la jubilación en caso de trabajadores contratados por tiempo indeterminado y hasta la terminación del contrato en los trabajadores contratados por tiempo determinado. Cualquiera que sea el tipo de contrato, la duración se extiende hasta el alta médica o la jubilación, cuando la enfermedad o el accidente tienen origen profesional.

Período de carencia

Es por tres días. Si el trabajador es hospitalizado antes del cuarto día, el subsidio se paga desde el momento del ingreso; en el accidente del trabajo o enfermedad profesional, desde el primer día de la incapacidad aunque no esté hospitalizado.

Prueba de la incapacidad temporal

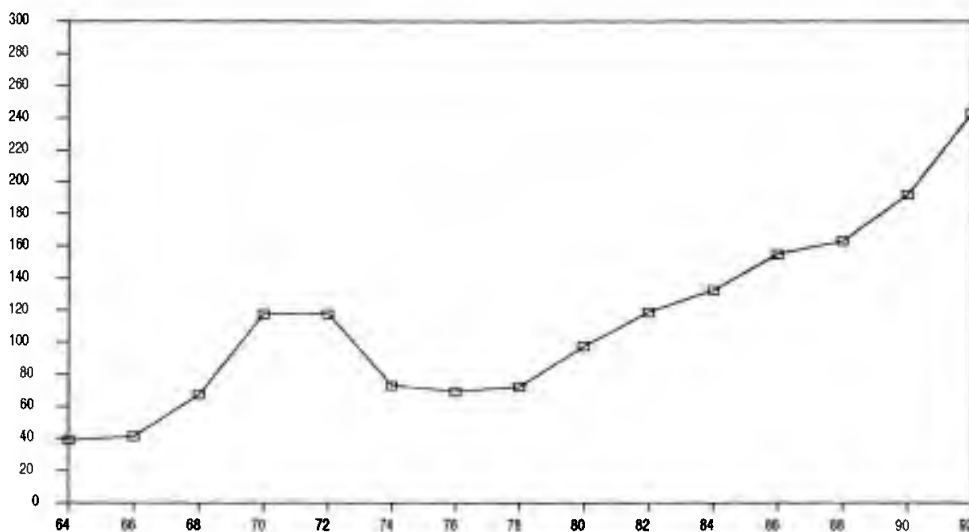
Un conjunto de disposiciones emanadas del Ministerio de Salud Pública, regulan la prueba de la incapacidad temporal. El certificado médico acredita el comienzo de la incapacidad y el proceso de la lesión o la enfermedad. Cada certificado no puede consignar un período mayor de 30 días como tiempo de ausencia por lesión o por enfermedad y por eso, este documento es expedido cada vez que en el curso del tratamiento médico, el facultativo considere necesario prorrogar la inactividad del enfermo o el lesionado. En la enferme-

dad de larga duración o en la lesión que requiere un largo tratamiento, se exige que la Comisión de Peritaje Médico examine periódicamente al trabajador por lo menos cada 26 semanas.

Otorgamiento y pago del subsidio

La Ley 24 atribuye el otorgamiento y pago del subsidio a la administración. Esta función comprende las operaciones de revisar los requisitos, recibir o practicar la prueba de la incapacidad temporal y calcular la cuantía del subsidio. El pago ha de ser efectuado en la misma oportunidad en que se abonan los salarios en el centro de trabajo.

GASTO DE LAS PRESTACIONES A CORTO PLAZO (MMP)					
AÑO	GASTO	AÑO	GASTO	AÑO	GASTO
1964	39.1	1974	73.1	1984	132.6
1965	41.5	1975	71.2	1985	149.3
1966	41.5	1976	69.5	1986	155
1967	38	1977	69.5	1987	147
1968	67.5	1978	72.4	1988	163.1
1969	93.8	1979	85.4	1989	178.9
1970	117.7	1980	97.6	1990	191.8
1971	124	1981	111.9	1991	226.8
1972	117.4	1982	118.8	1992	242.4
1973	109.4	1983	118.9	1993	253.6



FUENTE: Banco de Datos,
Dirección de Seguridad Social y Asistencia Social,
Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, 1994

Pensión por Invalidez

En caso de incapacidad para desempeñar una actividad laboral, el trabajador tiene derecho a recibir pensión y gratuitamente las prestaciones en servicios y en especie que su estado requiera, incluso, el servicio de rehabilitación. La gravedad de esta incapacidad da lugar a los dos grados de invalidez que la Ley de Seguridad Social denomina "total" y "parcial". La invalidez, sea total o parcial, es determinada por la Comisión de Peritaje Médico correspondiente.

Invalidez total

La Ley define la invalidez total como la disminución de la capacidad física o mental que impide al trabajador continuar trabajando o reduce notoriamente su capacidad residual de trabajo impidiéndole desempeñar con asiduidad un empleo y sostenerse económicamente.

Requisitos

La Ley establece el requisito de un tiempo mínimo de trabajo en relación con la edad alcanzada al momento de presentarse la enfermedad o lesión incapacitante, y exceptúa de este requisito a los trabajadores incapacitados por accidente del trabajo o enfermedad profesional.

Período de calificación

El período de calificación exigido en la invalidez de origen común, está fijado en una escala que determina los años de servicios en proporción a la edad del trabajador. El más joven requiere, lógicamente, menos años de servicios.

La escala fluctúa entre 0 y 15 años de trabajo en los hombres y es más beneficiosa para la mujer. A ella se le exigen como máximo 10 años después de los 45 años de edad. Para ello se ha tenido en cuenta que las mujeres muchas veces se ven en la necesidad de incorporarse al trabajo algo más tarde que el hombre, por la atención a los hijos.

Cálculo de la pensión

La Ley contiene dos reglas para calcular la pensión: la primera se refiere a la invalidez de origen común, la segunda a la invalidez de origen profesional. Las cuantías de las pensiones dependen del tiempo de servicios prestados por los trabajadores y de los salarios devengados en su último período de actividad.

Salario base

La norma que considera los mejores salarios devengados durante cinco años dentro de los últimos diez años, tiene su fundamento en el propósito de eliminar los efectos perjudiciales que produce al trabajador la fórmula que exige el salario devengado en un número de años consecutivos antes de concluir su vida laboral; y la referente a la degresión del salario cuando este excede de \$3000 anuales, responde al principio de solidaridad por el cual las personas de

mayores ingresos contribuyen a financiar las prestaciones de los trabajadores de menores ingresos y permiten garantizar mínimos decorosos sin elevar excesivamente los recursos destinados al pago de la seguridad social.

Cuantías mínimas

Se han establecido dos mínimos de \$40 y \$60 pesos mensuales, teniendo en cuenta los años de servicios prestados y los salarios devengados.

La Ley teniendo en cuenta que pudieran existir trabajadores que laboren eventualmente en forma cíclica o con regímenes especiales de trabajo (media jornada, por ejemplo), cuyos salarios estuvieran por debajo de \$45 pesos mensuales, establece para estos casos otro límite máximo representado por el 80% del salario promedio anual.

Debe señalarse que estos mínimos han sido aumentados por diversas Resoluciones Ministeriales. Así en 1981 se dispuso un suplemento de \$4.00 mensuales en las pensiones inferiores a \$80.00 y posteriormente, en 1987 y 1992 las prestaciones de seguridad social fueron incrementadas, elevándose el mínimo de las pensiones a \$59.00 y \$79.00 mensuales.

Invalidez Parcial

Según la Ley 24 de 1979, la invalidez parcial es la disminución de la capacidad física o mental en un grado que impide al trabajador continuar en su puesto de trabajo, pero si laborar en otro de menor salario, o que le permite mantenerse en su propia plaza con una jornada reducida. Al regular esta contingencia, la Ley distingue cinco situaciones, cada una de las cuales origina el derecho a recibir pensión y las prestaciones en servicios y en especie que demande el estado del trabajador.

Entre las prestaciones en servicios tienen especial significado la rehabilitación o la recalificación del trabajador. Las disposiciones de la Ley armonizan con los objetivos que persigue el Sistema de Protección e Higiene del Trabajo.

Las cuantías de las pensiones por invalidez parcial se fijan atendiendo a dos pautas distintas: cuando el trabajador reanuda su actividad laboral, se tienen en cuenta determinados elementos para atenuar los factores adversos de la disminución salarial; cuando permanece sin ubicación, la pensión se fija de acuerdo con un porcentaje destinado a asegurar la capacidad de ingreso-consumo del minusvalente.

Salario base

El salario del trabajador se determina de acuerdo con las distintas formas de pago:

- a) si el pago es por tiempo, el salario anterior es aquel que le correspondía percibir mensualmente más el plus derivado de un salario histórico, cuando lo haya tenido; y el salario del nuevo puesto de trabajo es aquel legalmente establecido para éste;
- b) si el pago es por rendimiento, el salario anterior es el que resulte de sumar los salarios devengados en los últimos seis meses y dividir esa cantidad entre los días laborados en dicho período; y el salario del nuevo puesto de trabajo es el que le corresponda por el cumplimiento del 100% de la norma.

Salario de la nueva pensión para el jubilado que se incorpora al trabajo

Al pensionado por invalidez parcial que al ser reexaminado presente capacidad de trabajo y se reincorpore a la actividad laboral, no se le puede fijar la cuantía de la nueva pensión sobre un salario promedio inferior al que sirvió de base para efectuar el cálculo de la prestación anterior.

Pensión por Edad

Las regulaciones sobre los tipos de pensión por edad, las reglas para calcular la prestación y los límites cuantitativos de esta última, fueron elaboradas a partir de la distinción entre la pensión ordinaria y la pensión extraordinaria.

Requisitos

Para la concesión de la pensión ordinaria se requiere que el trabajador acredite 25 años de servicios como mínimo y tenga 60 años de edad si es hombre o 55 si es mujer, además de encontrarse en servicio activo al momento de solicitar la pensión. El trabajador desvinculado tiene derecho a esta pensión siempre que cumpla los requisitos de edad y tiempo de servicios al momento de ocurrir la desvinculación laboral.

La Ley crea un nuevo tipo de pensión, la "extraordinaria", que reduce el requisito fijado para el tiempo mínimo de servicios a 15 años y aumenta la edad en 5, favoreciendo así a los trabajadores que se incorporaron tardíamente al trabajo social.

Los trabajos se clasifican en dos categorías: la primera comprende los trabajos realizados en condiciones normales y a la segunda corresponden los realizados en condiciones en que el gasto de energías físicas, mentales, o ambas, es de tal naturaleza que origina una reducción de la capacidad laboral en el organismo no acorde con el que corresponde a la edad del trabajador. Un precepto de la Ley exige haber laborado en estos trabajos no menos de los 12 años inmediatos anteriores a la solicitud de pensión o, en su defecto, el 75% del tiempo de servicios requerido para el otorgamiento de la prestación.

Cálculo de la pensión

La cuantía de la pensión por edad es equivalente al 50% del salario promedio anual que resulte de los mayores salarios devengados por el trabajador durante 5 años naturales, seleccionados entre los últimos 10 años, igualmente naturales anteriores a la solicitud de pensión. Dicho porcentaje se incrementa en 1% por cada año laborado en exceso de los 25 años en la pensión ordinaria.

Cuando el salario promedio anual exceda de 3000 pesos, el cálculo de la pensión por invalidez total se hace sobre la cantidad que resulte de tomar hasta tres mil pesos en un 100% y el exceso de esa cantidad en un 50%.

En la pensión extraordinaria se aplica al salario base el 40% por los primeros 15 años de servicios y se incrementa la pensión en un 1% por cada año laborado en exceso en los 15 años.

En la pensión por edad ordinaria se concede un incremento especial por permanencia en el trabajo, aplicable a los trabajadores entre los 60 años de edad en los hombres y 55 en las mujeres. Este reconocimiento se expresa en el cálculo de la pensión aplicando, por cada año de servicios prestados con posterioridad al año en que el trabajador cumpla los requisitos para la pensión, los porcentajes siguientes:

- en el primer año ----- 1.5% del salario promedio
- en el segundo ----- 1.5%
- en el tercero ----- 3%
- en el cuarto ----- 3% y
- en el quinto ----- 4%

Cuantía mínima de la pensión

Las reglas al respecto son iguales a las reseñadas en el estudio de la invalidez total.

Derecho del jubilado a trabajar e incrementos que percibe

Según la Ley 24 de 1979, los jubilados por edad pueden reincorporarse al trabajo remunerado, sin que en ningún caso la suma del nuevo salario y de la prestación concedida pueda exceder la cuantía del salario que devengaban al momento de obtener la pensión. El Reglamento de la Ley establece el procedimiento que se utiliza en la tramitación de estos casos.

Los jubilados por edad reincorporados al trabajo, cuando cesan definitivamente en él, tienen derecho a obtener un incremento de la cuantía de su pensión equivalente al 1% del nuevo salario promedio anual, por cada año trabajado con posterioridad a su reincorporación. Excepcionalmente se autoriza la simultaneidad entre el cobro de la pensión y el salario completo.

Pensión por causa de muerte

Surge el derecho a pensión en esta contingencia cuando el trabajador, al fallecer o desaparecer, se encontraba en servicio activo. Los familiares del trabajador desvinculado laboralmente tienen derecho a pensión siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los seis meses posteriores a la desvinculación y el causante haya laborado no menos del 75% de su vida laboral a partir de los 17 años de edad. Asimismo genera derecho a pensión el fallecimiento o desaparición del pensionado por edad o invalidez total.

Familiares protegidos

Según la Ley 24 de 1979, constituyen el núcleo familiar las personas siguientes:

- a) la viuda de matrimonio formalizado o reconocido judicialmente que participaba en la unidad económica del núcleo familiar del causante o dependía de ella, siempre que el matrimonio se hubiera celebrado o la unión iniciado por lo menos un año antes del fallecimiento. Cuando el matrimonio o la unión ha tenido una duración menor, se requiere que haya hijos comunes o que la muerte ocurra por accidente;
- b) el viudo de matrimonio formalizado o reconocido judicialmente de 60 años o más de edad o incapacitado para el trabajo, que carezca de medios de subsistencia, haya integrado el núcleo familiar de la trabajadora fallecida y dependido económicamente de ella hasta su muerte. Como en el caso de la viuda, se requiere que el matrimonio tuviera no menos de un año de constituido o cualquier tiempo si existen hijos comunes o que el fallecimiento sea por accidente;
- c) los hijos de uno u otro sexo, incluidos los adoptivos, menores de 17 años de edad, solteros; y también los mayores de esa edad, solteros que se encuentren incapacitados para el trabajo al momento del fallecimiento del causante o al arribar a los 17 años de edad y hubieran dependido del fallecido. El derecho de los hijos adoptivos se sujeta a las condiciones siguientes: que el causante no tenga más de 55 años de edad al momento de la adopción y que el fallecimiento ocurra transecurrido por lo menos un año desde la

- adopción o en cualquier tiempo, si éste se origina por accidente común o del trabajo;
- d) la madre y el padre, incluidos los adoptivos, siempre que carezcan de medios de subsistencia y hubieran dependido económicamente del fallecido.

En relación con la viuda de matrimonio no formalizado, como en la práctica el procedimiento judicial para el reconocimiento de la unión resulta dilatado con el consiguiente perjuicio económico para el familiar, se ha dispuesto la exención en este caso de los trámites judiciales y atribuido a los órganos administrativos de la seguridad social la valoración del carácter estable y singular de la unión para facilitar el pronto otorgamiento de la pensión.

Viuda trabajadora

Se instituye una pensión a favor de la viuda trabajadora con tres propósitos: estimular la permanencia de la mujer en el trabajo; suprimir las diferencias entre la mujer trabajadora y la que no lo es al objeto de recibir la pensión; y compensar siquiera parcialmente la pérdida del ingreso que aportaba el causante al núcleo familiar. Así, según norma expresa de la Ley, si la viuda es trabajadora habitual tiene derecho al cobro de la pensión que le corresponda más el salario que perciba en el desempeño de su trabajo.

Viuda menor de 40 años

La viuda joven y apta para el trabajo tiene limitado el disfrute de la pensión a cierto tiempo, a fin de que en el transcurso de éste se vincule laboralmente y asegure un ingreso salarial. Por ello se establece que si la viuda es menor de 40 años de edad y no tiene la condición de trabajadora habitual, pese a estar apta para el trabajo y sin hijos que atender o padres que requieran un cuidado permanente por su invalidez, tiene derecho a la pensión hasta el término de dos años, lapso durante el cual debe gestionar su vinculación laboral.

Hijos

La Ley fija en 17 años la edad límite del hijo para el disfrute de la pensión, considerando que esa es la edad de ingreso en el trabajo. En el núcleo familiar protegido se incluye al hijo adoptivo, es decir, el prohijado con las formalidades establecidas en el Código de la Familia. La Ley, al determinar las personas protegidas por el régimen de asistencia social, incluye a los menores pensionados que al arribar a los 17 años se encuentran estudiando y su núcleo familiar carece de ingresos económicos.

Pensión provisional

La pensión provisional tiene por objeto la protección inmediata de la familia del trabajador o pensionado fallecido. La Ley afirma con respecto a esta pensión los dos principios siguientes: primero, su pago por la administración o por el órgano local de seguridad social al presunto beneficiario; y segundo, la obligación, a cargo de la persona que recibe la pensión de distribuir su importe entre todos los parientes con derecho. La pensión provisional se abona al presunto beneficiario que reúne estas condiciones: convivencia con el causante y participación en la economía familiar o dependencia de ella.

Terminos y cuantías de la pensión provisional

La pensión provisional se abona en las cuantías y por los términos expresados a continuación:

- a) si fallece un trabajador en activo, el 100% del salario por los primeros 30 días contados a partir de la fecha de su fallecimiento y el 50% del salario por los siguientes 60 días;
- b) si fallece un trabajador subsidiado, una cuantía equivalente a la que venía recibiendo como subsidio, por el término de 90 días contados a partir de la fecha de su fallecimiento;
- c) si fallece un pensionado por edad o invalidez total, una cuantía equivalente a la prestación que venía percibiendo, por el término de 3 meses contados

desde el mes siguiente al del fallecimiento.

Pensión definitiva

La pensión definitiva es la prestación económica a la familia del trabajador con carácter estable que subsigue al pago de la pensión provisional. La cuantía de la pensión definitiva se determina de acuerdo con dos escalas basadas en el número de beneficiarios y en la cuantía de la pensión que correspondía o hubiera podido corresponder al causante, y se distribuye por partes iguales entre los parientes que concurren a ella. Cuando entre estos beneficiarios se encuentra la viuda trabajadora, no puede percibir más del 25% de la totalidad de la pensión.

PENSION BASICA Y PORCENTAJE A LOS BENEFICIARIOS

NUMERO DE BENEFICIARIOS	ESCALA I HASTA 60 PESOS	ESCALA II MAS DE 60 PESOS
1	80%	70%
2	90%	85%
3 ó más	100%	100%

Las cuantías de las pensiones que resulten de la aplicación de la escala II no pueden ser inferiores a las que correspondan a igual número de beneficiarios por aplicación de la escala I en pensiones básicas de sesenta pesos.

Organización administrativa

Para ordenar u orientar el funcionamiento de la seguridad social con la

amplitud que el Sistema presenta hoy, ha sido indispensable establecer mecanismos administrativos idóneos. El proceso de unificación descrito al inicio de esta monografía, centralizó en el Ministerio del Trabajo las funciones de dirección y ejecución del régimen de seguridad social por medio de la Dirección de Seguridad Social a nivel nacional y por sus oficinas provinciales y regionales; pero la organización establecida en la Constitución de la República aprobada en 1976 y la nueva división político-administrativa del territorio nacional, determinaron cambios en la distribución y tratamiento metodológico de las funciones atribuidas al citado Ministerio y sus oficinas.

El Ministerio del Trabajo desapareció y sus funciones fueron transferidas al Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, organismo de la administración central del Estado encargado de dirigir y controlar la política del Gobierno y el Estado en materia laboral, salarial y de seguridad social y asistencia social, en coordinación con los organismos correspondientes.

Dirección de Seguridad Social y Asistencia Social

Las funciones centrales relacionadas con la seguridad social y la asistencia social son ejecutadas por la Dirección de Seguridad Social y Asistencia Social, a la cual corresponde elaborar y proponer la política en esos campos, dirigir y administrar los regímenes de seguridad social y controlar la política de asistencia social con énfasis en las proyecciones, el desarrollo, el control y la descentralización de funciones que nacionalmente comportan un gran trabajo administrativo. Asimismo se le atribuyen funciones relacionadas con la difusión del Sistema de Seguridad Social y el intercambio de información con los demás países; la colaboración en el desarrollo y formación de funcionarios y técnicos en seguridad social y asistencia social; la aplicación de las técnicas computacionales en las estadísticas de seguridad social y asistencia social; la proyección de los gastos y elaboración del anteproyecto del presupuesto anual de la seguridad social y asistencia social; la ejecución y control del presupuesto aprobado; la solución de las solicitudes de pensiones a largo plazo realizadas por los trabajadores y la población en general; la solución de los recursos que se establezcan contra dichas prestaciones y la vigilancia y el control en la

exactitud y unidad de interpretación en las normas aplicadas en la concesión y pago de las prestaciones a corto plazo.

Teniendo en cuenta que en la actualidad existen más de un millón y cuarto de beneficiarios de la seguridad social y que el monto de dichas prestaciones significa un gasto superior a los 1600 millones de pesos anuales, la necesidad de mantener el control de dichos gastos y de los pagos por pensiones ha determinado que la Dirección de Seguridad Social y Asistencia Social aplique, como instrumento indispensable para el cumplimiento de sus fines, las técnicas computacionales en las diversas tareas que ejecuta, con la colaboración de la Dirección de Sistemas Automatizados de Dirección, encargada dentro del Comité de ejecutar y proponer la introducción y aplicación de las técnicas computacionales en las diferentes áreas del Organismo.

A la Dirección de Seguridad Social y Asistencia Social están subordinados los departamentos que aparecen en el organigrama siguiente:



El empleo racional de los recursos humanos y la utilización de las técnicas de computación, han reducido el aparato administrativo central a 106 trabajadores, (en 1958 laboraban en las instituciones del seguro social entonces existentes un total de 5 500). Igual racionalidad se observa en la infraestructura que cumple las funciones de la seguridad social y la asistencia social en las provincias y municipios, en otros órganos estatales y en las entidades laborales.

Departamentos provinciales y municipales

En las 14 provincias y 169 municipios del país y el municipio especial Isla de la Juventud, los Organos Locales del Poder Popular intervienen en la gestión de la seguridad social y la asistencia social. En la primera actividad como órganos de control en las funciones asignadas a las administraciones de las entidades laborales; y en la segunda actividad como órganos de ejecución. Esta gestión se lleva a cabo a través de los departamentos y secciones de seguridad social y asistencia social organizadas en las Direcciones de Trabajo provinciales y municipales.

En cada uno de los departamentos y secciones de las Direcciones de Trabajo Municipales del Poder Popular prestan servicio los consultores-tramitadores, funcionarios encargados de recibir los expedientes de pensión presentados por las administraciones de las entidades laborales a solicitud de los trabajadores y las solicitudes de pensión de los trabajadores desvinculados o de familiares de los pensionados fallecidos. Dichos funcionarios son los encargados de revisar la documentación contenida en estos expedientes y de efectuar el cálculo de la cuantía de la prestación correspondiente, así como de elevar posteriormente los expedientes a la Dirección de Seguridad Social y Asistencia Social.

El hecho de que estas funciones se realicen a nivel del municipio en que labora o reside el trabajador o su familia, reviste especial importancia, pues permite la participación efectiva de los propios trabajadores en la gestión de la seguridad social. El consultor-tramitador no es un mero intermediario entre la base y la Dirección de Seguridad Social y Asistencia Social, sino un verdadero orientador de la política social del Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social y de los derechos de los trabajadores en esta materia.

Cabe señalar, por tanto, que la ejecución y el control de la seguridad social son centralizados y la tramitación de las prestaciones descentralizada.

Administraciones de las entidades laborales

La legislación vigente sobre seguridad social desde el primero de enero de 1980, está orientada en el sentido de dar a la administración de los centros de trabajo un papel activo y responsable en los procesos de concesión y pago de las prestaciones monetarias. Sus funciones se relacionan con la prueba del tiempo de servicios, el pago del subsidio y las licencias retribuidas por maternidad, el pago de la pensión provisional por causa de muerte y por invalidez parcial, y el pago, ajuste y control de esta última pensión cuando se otorga con carácter estable. También le competen la formación y presentación de los expedientes de pensiones, la reincorporación del jubilado al trabajo y el incremento de las pensiones en estos casos una vez que cesan en la actividad laboral. Esta participación en las actividades gestoras de la seguridad social, obedece al principio de facilitar al trabajador la prueba de sus derechos y la solicitud de las prestaciones donde labore o resida.

Procedimiento en la concesión de las pensiones

El procedimiento establecido para la concesión de las pensiones comprende las fases siguientes: formación y presentación del expediente, su examen, tramitación y resolución. Estas actuaciones están atribuidas a distintos órganos: la administración del centro de trabajo, el Departamento Municipal de Seguridad Social, el Departamento de Pensiones y el Director de Seguridad Social. La administración está obligada a iniciar el expediente y está facultada para practicar diligencias, requerir la presentación de documentos y las pruebas necesarias. Este se inicia cuando el trabajador solicita la pensión por edad; la pensión por invalidez, es solicitada por el trabajador, o procede por el dictamen que la administración recibe de la Comisión de Peritaje Médico; la pensión por causa de muerte del trabajador en servicio activo es solicitada por alguno de los familiares con derecho a este beneficio.

El Departamento Municipal de Seguridad Social examina el expediente trasladado por la administración del centro de trabajo, efectúa el cálculo de la prestación y lo eleva al Departamento de Pensiones para que se dicte la

resolución correspondiente; y, en la pensión por causa de muerte del jubilado, recibe la solicitud, forma el expediente y dispone el pago de la pensión provisional

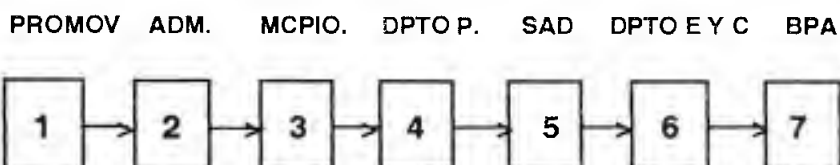
La resolución dictada por el Departamento de Pensiones puede ser recurrida ante el Director de Seguridad Social. El recurso debe ser presentado en el Departamento Municipal de Seguridad Social y Asistencia Social, y para ello se podrá elegir el municipio de residencia del recurrente o en el cual se promovió el expediente. El referido Departamento Municipal recibe el recurso y lo eleva al Director de Seguridad Social para su decisión. Las resoluciones dictadas por el Director de Seguridad Social causan estado y contra ella los interesados pueden iniciar procedimiento judicial.

Pago de las pensiones

A partir de 1962 las operaciones de pago de las pensiones fueron confiadas al Banco Nacional de Cuba, el que desde entonces las realizó a través de la red de agencias establecidas en el territorio nacional, hasta la atribución de tales operaciones al Banco Popular de Ahorro.

El pago se ejecuta mediante chequeras que constan de 12 cupones, las cuales se renuevan anualmente de forma centralizada. Mensualmente se concilia el pago de las prestaciones a través de la red de centros de cómputo existente en las provincias, con lo cual se logra el control del comportamiento de la ejecución del presupuesto asignado para el pago de las prestaciones de seguridad social.

FLUXOGRAMA EN EL PROCEDIMIENTO DE CONCESION DE LAS PENSIONES POR INVALIDEZ TOTAL, EDAD O MUERTE.



(Leyenda al reverso)

Leyenda:

- 1- PROMOV: Promovente (Solicitud de la pensión).
- 2- ADM: Administración (Formación y presentación del expediente)
- 3- MCPIO: Dpto. Municipal de Seguridad Social (Entrevista con el promovente y cálculo de la cuantía de la prestación)
- 4- DPTO P: Dpto. de Pensiones (Revisión automática del cálculo de la cuantía de la prestación y concesión del derecho)
- 5- SAD: Dirección de Sistemas Automatizados de Dirección (Elaboración por medios computacionales de la chequera y resolución concesoria)
- 6- DPTO E Y C: Dpto. de Ejecución y Control (Notificación de la resolución y chequera al promovente. Notificación al centro de trabajo)
- 7- BPA: Banco Popular de Ahorro. (Cobro mensual de la prestación)

2. REGIMEN DE ASISTENCIA SOCIAL**Evolución histórica**

Al surgir la República en 1902, Cuba heredó de la etapa colonial una serie de establecimientos estatales y privados que, con el atraso de la época y las exiguas posibilidades de sus recursos, prestaban limitados servicios de hospitalización y asilo para pobres. Esta red de beneficencia había estado bajo el protectorado del Gobierno español según las instrucciones contenidas en el Real Decreto de 27 de abril de 1875.

Al dictarse la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo de 1909, ésta determinó qué establecimientos debían considerarse de beneficencia y proclamó la competen-

cia de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, después Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, para proteger a las personas residentes en Cuba que por demencia, imbecilidad, desamparo o indigencia hubieran de ser socorridas o mantenidas por la beneficencia pública e instituciones privadas de carácter religioso.

En el curso de esta etapa se crearon algunas nuevas unidades asistenciales, pero insuficientes para abarcar el servicio indispensable. Se contaba con escasos recursos y se entronizó la influencia política para tener acceso a los hospitales.

En 1936 comenzó la política de dar forma corporativa a determinadas instituciones de beneficencia, a las cuales se dotó con ese propósito de autonomía y recursos económicos propios. Así fueron creadas la Corporación Nacional de Asistencia Pública, con acción tutelar y distribuidora de ingresos sobre dichos establecimientos; el Consejo Nacional de Tuberculosis, para dirigir la campaña contra esa enfermedad y supervisar las instituciones con funciones afines; el Instituto Cívico Militar, para amparo de la niñez; y el Consejo Corporativo de Educación, Sanidad y Beneficencia, como organismo central de contacto y fiscalización de tales establecimientos.

Años después, la Constitución de 1940 estableció que la asistencia social debía funcionar para proteger a la población en estado de pauperismo y no como una limosna. Sin embargo, las condiciones políticas y económicas entonces existentes, unidas a las secuelas del atraso y la corrupción administrativa, impidieron la materialización de este principio. La asistencia social pudo superar la etapa de beneficencia a partir de 1959, cuando se crea el Ministerio de Bienestar Social, por la Ley número 49 de 6 de febrero del expresado año.

Entre las primeras medidas aplicadas se priorizó la atención a los habitantes de los barrios insalubres y se desarrolló un programa de construcción de viviendas dirigido a la eliminación de estos barrios. Los participantes en la guerra ocurrida en Cuba en los últimos años de la década del 50 y que quedaron incapacitados, fueron objeto de protección por la asistencia social a través de pensiones. Igual protección recibieron los familiares de los caídos en combate.

En 1962 asumieron las funciones del Ministerio de Bienestar Social las Juntas de Coordinación, Ejecución e Inspección que funcionaban en cada provincia con atribuciones y funciones de Gobierno.

A finales de 1965, inspirados en el principio de que no existiera una sola persona desamparada en el seno de la sociedad, fueron creadas las Comisiones del Plan Asistencial integradas por representaciones de los Ministerios de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo, Ministerio del Interior y otras Instituciones. Estas Comisiones desarrollaron sus funciones a partir de normas que rigieron la actividad, contentivas del alcance de la protección a brindar mediante el otorgamiento de prestaciones monetarias permanentes y eventuales, en servicios y en especie.

La asistencia social adquiere rango constitucional en 1976 al promulgarse la nueva Constitución de la República, que la reconoció como un derecho de los ciudadanos.

La Ley número 1323 de 30 de noviembre de 1976, llamada Ley de la Organización de la Administración del Estado, dispuso cuáles eran las funciones en materia de asistencia social correspondientes al Ministerio de Salud Pública y al Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, y atribuyó a este último "elaborar y controlar la política de asistencia social dentro del marco de sus facultades y competencias, estableciendo los lineamientos de las instancias ejecutivas". Para desarrollar las tareas relativas a estas funciones, se creó la Dirección Nacional de Asistencia Social en el seno del Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social.

Aspectos relevantes de la legislación en materia de asistencia social

La Ley 24 de 1979 define el régimen de asistencia social y regula su campo de aplicación y sus prestaciones, da coherencia al Sistema de Seguridad Social al reunir en un solo cuerpo legal tales disposiciones y eslabonándolas adecua-

damente para garantizar el objetivo de proteger a toda la población.

Las características de este régimen pueden ser resumidas del modo siguiente: la protección se ofrece ante el estado de necesidad del núcleo familiar y con carácter subsidiario, cuando no haya familiares obligados a dar alimentos; la evaluación de los ingresos del núcleo familiar para el otorgamiento de la prestación; la concesión simultánea de las prestaciones; y la atribución a los Organos Locales del Poder Popular de la atención de los beneficiarios y concesión de las prestaciones.

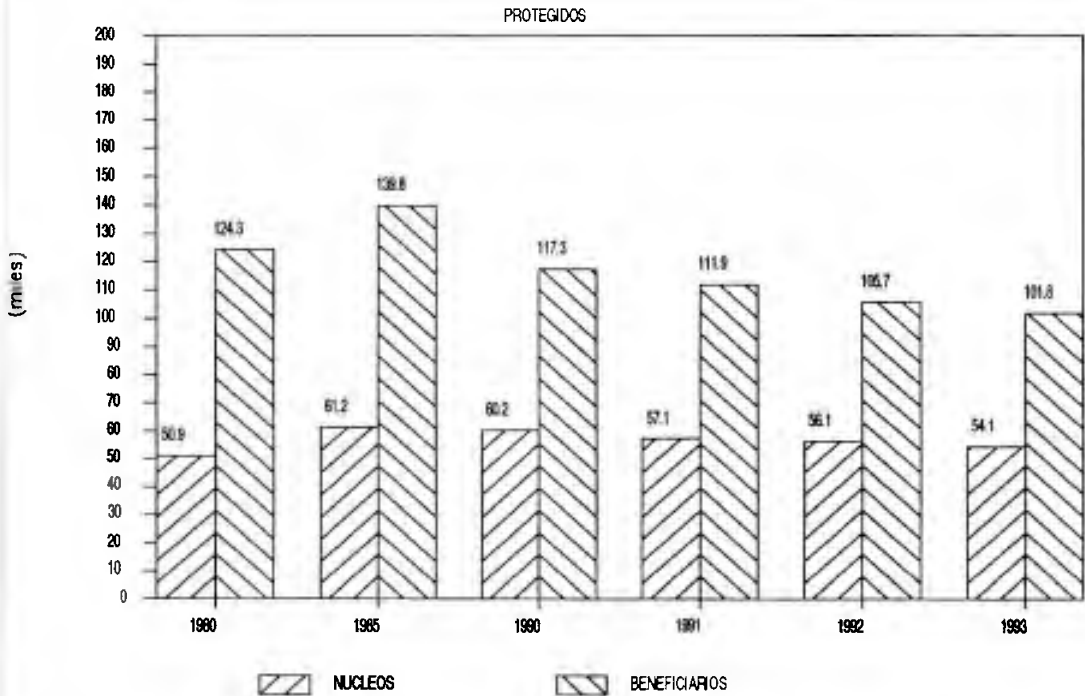
Personas protegidas por el régimen de asistencia social:

- los ancianos que requieren atención especial;
- las personas no aptas para trabajar o que, por razones de fuerza mayor estén impedidos de incorporarse al trabajo;
- las madres solas con dificultades económicas para la atención y cuidado de su prole;
- las madres trabajadoras en el momento que disfrutan licencia no retribuida para el cuidado y atención de sus hijos enfermos y que por tal situación carecen de ingresos económicos o que estos sean limitados;
- los parientes del trabajador o pensionado fallecido que no están comprendidos en el derecho a pensión por causa de muerte que establece la Ley y estuvieran bajo su abrigo y protección;
- los pensionados con prestaciones que les resulten insuficientes según el número de parientes que dependen directamente de ellos;
- las viudas jóvenes pensionadas a las cuales se les extinguen las pensiones que perciben temporalmente;
- los trabajadores subsidiados por enfermedad o accidente que requieran de mayor protección económica por estar sujetos a tratamientos de larga duración y resultar insuficientes sus ingresos;
- los trabajadores que arriben a las edades señaladas para la obtención de pensión ordinaria o se invalidan y no cumplen el requisito de tiempo de servicios prestados que se exige para obtener una prestación de seguridad social;
- los parientes de los jóvenes incorporados al Servicio Militar Activo que

- constituyen el único o parte del sostén familiar;
- los menores pensionados por la seguridad social que cesen en el disfrute de la pensión por arribar a la edad laboral y se encuentren estudiando;
 - otras personas que, sin estar comprendidas en las situaciones anteriores, requieran urgente atención.

El régimen garantiza prestaciones en especie, en servicios y monetarias a las personas protegidas. Un reglamento norma la concesión de las distintas prestaciones y un decreto del Consejo de Ministros fijó la escala de las prestaciones monetarias. Estas últimas son cantidades que se otorgan en forma continua o eventual a personas o núcleos familiares protegidos; las prestaciones en especie consisten en artículos entregados a título gratuito en propiedad o préstamo para cubrir necesidades del beneficiario o un núcleo familiar. Son prestaciones en servicios el ingreso en hogares de ancianos, que se ofrece a aquellas personas de edad avanzada que carecen de parientes que puedan prestarle atención; servicios de asistentes sociales para pensionados por invalidez o edad o ancianos que lo requieran; ingresos de menores en hogares de impedidos físicos y mentales; alojamiento y atención en albergues de tránsito en caso de consultas médicas u hospitalización de parientes fuera de la localidad de residencia del interesado; asistencia cultural y recreativa a los ancianos y pensionados por edad e invalidez; ingreso de menores en círculos infantiles y en los centros con regímenes de internado o semi-internado del Sistema Nacional de Educación, cuando existan problemas sociales que requieran urgente atención y conforme a las capacidades que se destinen a este fin; asistencia que, sobre algunos aspectos de la salud y la educación familiar y otros, ofrezcan los trabajadores sociales a familias que lo necesiten; otros servicios a cargo de dependencias estatales especializadas en materia de salud y rehabilitación integral, vivienda, educación y atención a la vejez, a los impedidos físicos y mentales y a la niñez.

NUCLEOS FAMILIARES Y BENEFICIARIOS



FUENTE: Banco de Datos,
 Dirección de Seguridad Social y Asistencia Social
 Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, 1994

El decrecimiento en los núcleos familiares y beneficiarios protegidos, obedece a la disminución de jóvenes llamados a cumplir con el Servicio Militar Activo que necesitan la ayuda de la asistencia social.

Programas sociales

Además de las prestaciones que se otorgan por el régimen de asistencia social, existen programas sociales dirigidos a los diferentes grupos protegidos y que tienen como objetivo satisfacer y atender las necesidades económicas y sociales presentadas por las personas que lo requieran. Estos programas son

el resultado de investigaciones socio- psicológicas y económicas de cada grupo social, y los servicios se intensifican en el marco de acciones focalizadas, dirigidas a los grupos sociales más vulnerables.

Programas

- Programa de atención al anciano sin apoyo familiar.
- Programa de trabajo social con los ancianos beneficiarios de la asistencia social.
- Programa de atención integral a personas discapacitadas.
- Programa de trabajo social con las madres solas y menores con problemas sociales.

Programa de atención al anciano sin apoyo familiar

El objetivo fundamental de este programa, elaborado por el Ministerio de Salud Pública y el Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, es el de mantener a los ancianos, siempre que sea posible, con su familia y en la comunidad y que tengan una participación activa como protagonistas de las acciones que reciban y no sean meros receptores pasivos de las mismas. A través del programa, los ancianos reciben los servicios de alimentación, lavado de ropa, limpieza y reparación de sus viviendas.

Generalizado en todo el país a partir de 1989, sus beneficios están dirigidos a personas mayores de 65 años de edad que presenten limitaciones de invalidez y muestren su conformidad con el servicio ofrecido porque carecen de familiares (o estos no tienen posibilidades de brindarles toda la atención necesaria), u otras personas en condiciones de brindarle atención y cuidados.

En la actualidad se encuentran incorporados al servicio de alimentación 11 613 ancianos, 3701 al de lavado de ropa, 1 851 al de limpieza, 3 000 al de reparación de viviendas y a 2850 se les brindan servicios integrales. Un papel importante realizan en este programa el médico y la enfermera de la familia junto con las trabajadoras sociales de salud y asistencia social.

Programa de trabajo social con los ancianos beneficiarios de la asistencia social

Este programa, a diferencia del anterior, está dirigido a ancianos que se encuentran totalmente solos, ya que al constituir un grupo con mayor exposición a las contingencias que se presentan en la tercera edad (soledad, malnutrición, afectaciones psicológicas, demencia, suicidios, etc.) por lo que reciben una atención más especializada dirigida a satisfacer las necesidades espirituales de estas personas y a mejorar su calidad de vida, Los servicios consisten en:

- servicios sociales comunitarios (alimentación, higiene personal, y del hogar, etc.);
- incremento de actividades grupales y sociales;
- propiciar compañía al anciano que vive solo mediante el apoyo comunitario;
- incorporar a los círculos de abuelos a los que tienen validismo;
- actividades deportivas y recreativas adecuadas a sus posibilidades.

Programa de atención a las personas discapacitadas

En Cuba comienzan a adoptarse medidas concretas para el amparo de los discapacitados a partir de 1959. Anteriormente los problemas relacionados con este grupo poblacional no tuvieron la acción debida, ni fueron objeto de una atención efectiva por los gobiernos de la república neocolonial. Existían sólo dos hogares de impedidos físicos y mentales, insuficientes para las necesidades de la población en ese sector. Desde 1959 hubo un cambio profundo en la naturaleza de estos servicios, cuyo objetivo fundamental reside en la búsqueda de vías que permitan la integración de los minusválidos en la vida social.

Actualmente se encuentran organizadas las asociaciones de minusválidos denominadas: Asociación Cubana de Limitados Físico y Motores (ACLIFIM), Asociación Nacional de Sordos de Cuba (ANSOC), Asociación Nacional del Ciego (ANCI) y la Asociación Cubana de Padres de Retrasados Mentales (ACPREM).

Estas asociaciones están estructuradas en tres niveles: municipio, provincia y nación; su máximo órgano es el Congreso y su dirección es colegiada. Se nutren, desde el punto de vista financiero, de las cotizaciones de sus miembros, de las donaciones voluntarias, ayudas especiales de otras organizaciones nacionales o extranjeras y un subsidio estatal que sufraga alrededor del 90% de sus gastos.

Sus objetivos están dirigidos fundamentalmente a la captación, organización y agrupación de sus asociados, a fin de lograr la movilización de estos hacia actividades encaminadas a la rehabilitación integral y a su incorporación a una vida socialmente útil.

Con motivo de la promulgación en 1982 del "Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad", el Gobierno cubano se pronunció, al examinar exhaustivamente las causas de la minusvalidez, e insistió en el acceso gratuito a la asistencia médica del discapacitado, en la necesidad de elevar su calidad de vida, en darle participación en el diseño y organización de los programas de rehabilitación, en la atención materno-infantil, en el desarrollo de las escuelas especializadas, en la extensión de los planes de rehabilitación e incorporación laboral, en el fomento de medidas epidemiológicas y de investigación sanitaria y en la necesidad de brindar facilidades para la creación de asociaciones con fines sociales, culturales y recreativos.

Este programa de acción elaborado por Cuba, en cumplimiento del Programa de Acción Mundial, comprende dos aspectos fundamentales: por una parte, facilitar la incorporación laboral de los discapacitados interesados en trabajar, por otra, la protección y la asistencia al discapacitado y sus familiares mediante los servicios sociales comprendidos en este programa. Estos son de carácter comunitario, brindándose servicios de alimentación, higiene personal y del hogar, barbería y peluquería y reparación de las viviendas.

Hasta 1993 se habían incorporado al trabajo 14 380 discapacitados. De ellos, 5 741 en talleres especiales y grupos de trabajo, 6 959 en empresas ordinarias y 1 680 en trabajo a domicilio.

Especial protección se brinda a este grupo poblacional en el aspecto económico, mediante la concesión de prestaciones monetarias, teniendo en cuenta sus especificidades.

**PROGRAMA CON PERSONAS DISCAPACITADAS
(31/12/93)**

Cantidad de beneficiarios con:

- prestaciones monetarias continuas 3 551

Reciben:

- prestaciones en servicios 1 039
- prestaciones en especie 1 202
- prestaciones eventuales 540

El programa, cuya aplicación es de carácter integral y donde desempeñan un importante papel las áreas de salud, comprende además la asistencia médica, el suministro de medicamentos, prótesis y aparatos ortopédicos, oculares, dentales, auditivos, entrega de sillas de rueda, bastones, muletas y demás ayudas técnicas, así como dietas especiales de alimentación.

La rehabilitación representa un papel importante en el tratamiento al discapacitado, aplicándose actualmente programas a estos fines.

Dentro del programa de atención social, se desarrolla además, de manera experimental, el Programa de Rehabilitación Profesional, que comprende desde la evaluación funcional de las personas con discapacidades, y formación de un oficio; la colocación laboral selectiva y el seguimiento para evaluar el conjunto de medidas que de manera individual se aplicaron en cada discapacitado.

Hasta la fecha este Programa de Rehabilitación Profesional se lleva a cabo en dos municipios del país, para que una vez analizados y estudiados sus resultados, se generalice su aplicación.

Dentro de la atención que se brinda a las personas discapacitadas, se atienden específicamente a aquellas que padecen de ataxia cerebelosa dominante, enfermedad genética que presenta un grupo significativo de personas en la provincia de Holguín.

Este programa social consiste en el otorgamiento de prestaciones monetarias a estos pacientes de manera diferenciada a los del resto de la población beneficiaria del régimen de asistencia social, considerando los gastos generados por la propia enfermedad. Además se les brindan servicios de alimentación, higiene personal y del hogar.

En 1992 había registrados en el programa 293 atáxicos, los cuales han venido recibiendo atención integral.

Programa de atención social a las madres solas y menores con dificultades sociales.

Como se ha señalado en este estudio, Cuba ha alcanzado altos niveles de incorporación femenina al empleo y esto no significa que se hayan erradicado totalmente los problemas sociales que afectan a la mujer, particularmente los derivados de las relaciones familiares, tales como el divorcio, la maternidad en solteras y las uniones consensuales.

Es dentro de este contexto, que la asistencia social cubana participa en la protección y reorientación social dirigida a aquellas madres que no mantienen ningún tipo de vínculo matrimonial, poseen uno ó más hijos bajo su guarda y cuidado y carecen de recursos económicos suficientes para su atención adecuada.

El programa de trabajo social con este grupo se desarrolla fundamentalmen-

te con carácter preventivo y asistencial y entre sus principales acciones se encuentra gestionar la vinculación laboral de estas personas, así como desarrollar una labor de orientación cuando están presentes, para que enfrenten las dificultades económicas y los problemas de índole psicológico y social.

El programa va dirigido a la atención integral de la madre y los hijos, teniéndose en cuenta aspectos tan importantes como la educación y formación de los menores, la salud y la educación sexual, entre otros.

Desde 1987 año de su puesta en marcha, se han incorporado al empleo 26 873 madres solas y a más de 17 853 niños se les ha propiciado la matrícula en círculos infantiles, internados de primaria y secundaria, hogares de menores, hogares de impedidos físico-motores y otras instituciones educacionales.

Especial atención se ha dedicado al restablecimiento de las relaciones paterno-filiares, para ello se realizan acciones de localización de padres que no cumplen sus obligaciones y se desarrolla una labor de persuasión y concientización que permita garantizar una relación afectiva con el menor y el cumplimiento de sus obligaciones materiales.

En tal sentido, hasta el presente se ha logrado la vinculación de 5 304 padres con sus hijos y que 4 262 niños reciban sus pensiones alimenticias.

Dentro de esta labor se dedica especial esfuerzo al reconocimiento legal de los menores.

Con respecto a los menores se despliega una amplia labor social que se traduce en que 26 748 han recibido diferentes servicios y atenciones de acuerdo con sus necesidades.

En los casos de menores huérfanos, se trabaja por mantenerlos dentro de lo posible con un vínculo familiar, para ello se le brinda ayuda al pariente que pueda cuidarlo y atenderlo. De no lograrse esto, el menor es internado en los hogares de menores sin amparo filial, instituciones dirigidas y administradas

por el Ministerio de Educación para dotar a estos niños de un ambiente lo más afectivo y familiar posible. Se trata de lograr un régimen de vida similar al de cualquier hogar, con su participación en todas las actividades educacionales, recreativas y culturales que se organizan.

Los menores en estado de abandono son aquellos que, encontrándose bajo la guarda y custodia de sus padres, presentan un evidente estado de desatención. Corresponde a la asistencia social detectar las causas por las cuales se produce esta situación y tomar de inmediato medidas para el adecuado tratamiento con el apoyo y la participación de otras instituciones, tales como organizaciones no gubernamentales, sector de la salud, educación, Fiscalía, etc.

Subprograma de atención social a menores portadores de enfermedades genéticas y psiquiátricas

Como parte de la atención que se brinda en el marco del programa de trabajo social con los menores, se desarrollan subprogramas de atención a niños que padecen de enfermedades de origen genético que provocan serias afectaciones de orden psicológico, económico y social en la familia, al requerir cuidados especiales y dedicación completa.

Los niños portadores de fenilcetonuria presentan un trastorno congénito del metabolismo de los aminoácidos y son detectados precozmente por el Programa Nacional de Genética, que permite tempranamente tomar medidas médico-dietéticas y psicológicas para evitar el daño cerebral que produce esta enfermedad.

Otra de las enfermedades genéticas que aborda este programa, es la fibrosis quística, que también produce severas alteraciones en la vida de los niños y sus familiares, para ello, reciben atención especializada a través de la asistencia social. Existe un Centro Nacional de Fibrosis Quística y está constituida la Asociación Nacional de Fibrosis Quística mediante la cual los pacientes y sus familiares canalizan sus inquietudes, problemas y necesidades.

Un reducido grupo de niños padece de autismo infantil. La evolución de esta enfermedad de origen siquiátrico requiere que estos menores estén rodeados de especiales cuidados y atenciones por parte de los familiares. Este cuidado provoca constantes trastornos en el desenvolvimiento normal de la familia y resulta necesario el apoyo social que les permita resolver sus necesidades como complemento de la atención médica especializada que reciben.

Organismos que participan en la asistencia social y sus funciones principales relacionadas con esta esfera

Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social

El Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social participa del modo siguiente:

- ejerce la coordinación para la aplicación del régimen;
- dirige normativa y metodológicamente a las Direcciones de Trabajo del Poder Popular de acuerdo con la división político administrativa del país en todo lo relacionado con las prestaciones monetarias y en especie, como son artículos de uso personal y efectos electrodomésticos;
- organiza y dirige los servicios de trabajo social en los diferentes aspectos citados;
- supervisa el trabajo de los Organos de Asistencia Social de las Direcciones de Trabajo del Poder Popular;
- formula al Comité Estatal de Finanzas sus criterios sobre las proyecciones de gastos de asistencia social y participa en su control, haciendo análisis periódicos sobre su ejecución;
- propone al Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros las escalas monetarias para la asistencia social;
- atiende las tres asociaciones de impedidos existentes : ciegos, débiles visuales, limitados físico-motores, sordos e hipoacúsicos;

- dicta regulaciones para favorecer el empleo de los impedidos y promueve la creación de empleos para las personas gravemente inválidas;
- organiza y desarrolla la capacitación técnica de las trabajadoras que laboran en el área de asistencia social de las Direcciones de Trabajo del Poder Popular para aumentar la eficiencia en el trabajo;
- desarrolla investigaciones en la esfera de la asistencia social;
- formula propuestas para el perfeccionamiento del régimen.

Ministerio de Salud Pública

El Ministerio de Salud Pública participa del modo siguiente:

- organiza y dirige los servicios de atención a los ancianos e impedidos en el orden médico-social integralmente, y a las instituciones especializadas;
- regula la concesión de prestaciones en especie de su competencia: medicamentos gratuitos, prótesis, sillas de ruedas, otros;
- dirige el programa para el desarrollo integral de los balnearios minero-medicinales y de la balnoterapia;
- organiza y coordina con otros organismos la participación de ancianos e impedidos físicos y mentales en las actividades recreativas, culturales y deportivas;
- dirige normativa y metodológicamente a los Departamentos de Asistencia Social de las Direcciones de Salud del Poder Popular;
- organiza y desarrolla la capacitación de las trabajadoras sociales que laboran en el área de asistencia social de las Direcciones de Salud del Poder Popular;
- desarrolla investigaciones sobre ancianos e impedidos;
- formula propuestas para el perfeccionamiento del régimen.

Ministerio de Educación

El Ministerio de Educación participa en la forma siguiente:

- dicta las regulaciones que posibilitan el ingreso de casos sociales a las instituciones escolares con sistemas de internado y semi-internado;

- dicta las regulaciones que viabilizan el ingreso de casos sociales a círculos infantiles, fundamentalmente a aquellos con régimen de internado;
- dirige los centros asistenciales para niños huérfanos o abandonados;
- propone y dirige la política de estipendios a los estudiantes de la enseñanza primaria, secundaria y preuniversitaria;
- organiza y dirige la enseñanza especial para niños con retraso mental no profundo, ciegos y débiles visuales, sordos e hipoacúsicos;
- organiza y dirige las escuelas de trastornos de conducta en coordinación con el Ministerio del Interior.

En el Ministerio de Educación estas líneas de trabajo se atienden entre otras múltiples funciones por tres direcciones: Enseñanza Especializada, Enseñanza General y Becas.

Ministerio del Interior

El Ministerio del Interior participa:

- como parte de la organización del sistema penitenciario coordina lo relativo a las prestaciones económicas a los familiares de los reclusos y a la ubicación laboral de los ex-reclusos;
- organiza y dirige la atención a menores comisores de delitos y con trastornos graves de conducta;
- ejerce labores de prevención social con menores, apoyándose fundamentalmente en la labor que ejecutan las organizaciones de masas y la Comisión de Prevención y Atención Social;

Estas tareas están a cargo de la Dirección de Atención a Establecimientos Penitenciarios y la Dirección de Menores del Ministerio del Interior.

Ministerio de las Fuerzas Armadas Revolucionarias

El Ministerio de las Fuerzas Armadas Revolucionarias participa de la manera siguiente:

- coordina lo relativo a la protección para la asistencia social a los parientes de los jóvenes llamados al Servicio Militar Activo que son únicos o parte del sostén familiar.

Organos del Poder Popular

El Poder Popular fue creado por la Constitución de la República en 1976 y su órgano supremo es la Asamblea Nacional, representada entre uno y otro período de sesiones por el Consejo de Estado.

Los Organos Locales del Poder del Estado los integran las Asambleas Municipales y Provinciales constituidas, según la división político administrativa del territorio nacional, en 14 provincias, 169 municipios y un municipio especial.

Estos órganos tienen funciones relativas a la tramitación y concesión de las prestaciones.

Organizaciones de masas

Los Comités de Defensa de la Revolución, organización de masas a la cual pertenecen los ciudadanos y que se estructura por el lugar de residencia, la Federación de Mujeres Cubanas y la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños, colaboran en la aplicación del régimen de asistencia social y en la detección y atención de casos sociales, participan en el trámite de las solicitudes brindando información sobre la atención de las familias y aportan activistas sociales voluntarios.

Comisiones de prevención y atención social

La Comisión Nacional de Prevención y Atención Social está adscrita al Consejo de Ministros y las comisiones municipales y provinciales a las asambleas locales del Poder Popular.

Las funciones de estas comisiones son las siguientes:

- elabora y propone al Gobierno la política de prevención y atención social, la que deberá ser ejecutada por el Gobierno y los Organos Locales del Poder Popular y, una vez aprobada, coordina y supervisa su aplicación;
- propone al Gobierno medidas para el mejor desarrollo del trabajo de prevención y atención social;
- desarrolla como direcciones fundamentales a seguir en el trabajo de prevención social las siguientes:
 - . prevención y rehabilitación de adultos y familiares conflictivos;
- incorpora activamente en forma coordinada a las instituciones estatales, dependencias administrativas de los Organos Locales del Poder Popular, Unión de Jóvenes Comunistas y organizaciones de masas, a las tareas de la prevención y atención social, según sus respectivas funciones y competencias.
- promueve la incorporación de la población a las tareas de prevención y atención social logrando su apoyo activo;
- promueve estudios e investigaciones científicas sobre las causas y condiciones que en el medio social contribuyen a la existencia de conductas antisociales y delictivas o sobre otros problemas de carácter social y utiliza los resultados en función del trabajo preventivo y reeducativo;
- elabora propuestas de indicaciones para la divulgación de la política de prevención y atención social y vela por el cumplimiento de estas actividades, y
- promueve que, por parte de los diversos órganos, organismos y organizaciones que intervienen en las tareas de prevención y atención social, se ejecuten medidas concretas encaminadas al sano empleo del tiempo libre de los ciudadanos en especial de los niños, adolescentes y jóvenes.

Procedimiento de concesión de las prestaciones de asistencia social

Las solicitudes de prestaciones de asistencia social pueden formularse ante el Departamento de Seguridad y Asistencia Social de las Direcciones Municipales de Trabajo. Dichas solicitudes se realizan en forma verbal o escrita por el interesado o por otra persona, organismo estatal u organización de masas que hayan tenido conocimiento de la situación de necesidad. Cada solicitud es objeto de una investigación socio-económica para comprobar si existe el grado de necesidad requerido con el fin de ofrecer la prestación. Los expresados Departamentos son los encargados de notificar al interesado la decisión de otorgarle o no la prestación solicitada y de ejecutar los trámites para que ésta se materialice.

IV

LOS REGIMENES ESPECIALES

Componen el Sistema de Seguridad Social, además del régimen general contenido en la Ley 24 de 1979, cinco regímenes especiales relativos a los trabajadores independientes, trabajadores de determinadas actividades artísticas, militares y combatientes del Ministerio del Interior y miembros de las cooperativas de producción agropecuaria.

1. SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES

La Ley 1165 de 1964 estableció el seguro social de los profesionales, trabajadores por cuenta propia, y cooperativistas pesqueros y carboneros. Una disposición adicional de la Ley 24 de 1979 declaró vigente el expresado seguro.

La Ley 1165 de 1964 respetó los derechos adquiridos y en curso de adquisición, pero concibió el futuro desenvolvimiento del régimen considerando la masa de asegurados y beneficiarios como un grupo cerrado que iría disminuyendo paulatinamente hasta desaparecer. Unificó las condiciones del régimen sobre la base de la afiliación voluntaria por quienes estuvieran en activo como asegurados al tiempo de entrar en vigor esta Ley y mantuvieran el pago de sus cotizaciones. La cotización fue establecida sobre el principio de la libre elección de un salario convencional.

El régimen se extendió a los miembros de las cooperativas pesqueras y de las carboneras que venden sus productos a organismos estatales. En relación con estos asegurados el régimen revistió un carácter obligatorio, y estaba a cargo de las cooperativas la aportación correspondiente. En la práctica los trabajadores de las cooperativas pesqueras y carboneras se fueron incorporando a las empresas estatales, por lo que están protegidos, como el resto de los trabajadores asalariados del país, por el régimen general de seguridad social.

Los riesgos cubiertos para los profesionales universitarios o no universitarios, trabajadores por cuenta propia y pequeños empresarios, son los de vejez, invalidez y muerte. No se conceden para estos asegurados prestaciones a corto plazo. Los miembros de las cooperativas pesqueras y carboneras se encuen-

tran protegidos, no sólo ante las contingencias de vejez, invalidez y muerte, sino también ante la enfermedad, el accidente y la maternidad, como los trabajadores asalariados.

Condiciones exigidas a los profesionales, trabajadores por cuenta propia y pequeños empresarios para obtener las prestaciones establecidas en este seguro social

Para la jubilación por vejez se exigen condiciones de edad y tiempo de seguro. Con respecto a la edad: 60 años o más (hombre) y 55 o más (mujer). Con respecto al tiempo de seguro: 25 años.

Para la jubilación por incapacidad no se exige edad ni tiempo de calificación, sólo estar al día en el pago de las cotizaciones.

Cuantía de las jubilaciones correspondientes a los profesionales, trabajadores por cuenta propia y pequeños empresarios

La cuantía de las jubilaciones por vejez y por incapacidad total y permanente se fija en el 50% del salario base anual. Este salario base anual es el que resulta de dividir por 5 la suma del salario convencional en los últimos 5 años de cotización o entre los años transcurridos desde que comenzó a cotizar, tomándose como base para el cómputo de un año las fracciones superiores a seis meses.

Cuantía de las pensiones por muerte de los profesionales, trabajadores por cuenta propia y pequeños empresarios

Con respecto a la pensión por causa de muerte, la Ley 1165 no regula expresamente las condiciones de los beneficiarios, la cuantía, su distribución, y se refiere a dicha contingencia cuando establece la regla para calcular el salario base anual. El tercer párrafo de la Disposición Adicional Unica de la Ley 24 de 1979 salva esta omisión al disponer que sus normas regirán lo relativo a tales pensiones.

Inscripción y cotización

Para acogerse a los beneficios establecidos en este régimen y mantenerse como asegurados los profesionales, trabajadores por cuenta propia y los pequeños empresarios tuvieron que reunir dos requisitos: primero, la inscripción y opción por un salario convencional; segundo, el pago de las cotizaciones, consistentes en el 10% del salario mensual convencional por el cual se opte de acuerdo con la escala establecida en la Ley.

2. SEGURIDAD SOCIAL PARA EL SECTOR ARTISTICO

El Decreto 132, adoptado con fecha 28 de marzo de 1986 por el Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, contiene las normas de seguridad social referentes a determinadas actividades artísticas cuyo desempeño exige particulares condiciones físicas e intelectuales. Estas normas responden a la intención de ofrecer a los trabajadores comprendidos en esas actividades una prestación acorde con las específicas características de las actividades que realizan. Las mismas establecen un régimen de pensión por tiempo de servicios con independencia de la edad laboral y declaran aplicables a dichos trabajadores la Ley 24 de 1979 en todas las demás contingencias que ésta última regula.

Personas protegidas y requisitos

Son sujetos de este régimen los artistas que desempeñan determinadas actividades, como las bailarinas figurantes, los bailarines, acróbatas, trapecistas, malabaristas, equilibristas, instrumentistas de viento, payasos, narradores, comentaristas deportivos, animadores, locutores, vocalistas, poetas, decimistas improvisadores y los actores.

Según la actividad que desempeñan estos artistas, se exigen períodos de tiempos de servicios que van desde 15 años hasta 30.

Cuantía de la pensión

La cuantía de la pensión anual se determina al aplicar al salario promedio anual el 30% para los artistas que han de prestar 15 años de servicios; 40% para los de 20 años de servicios; 45% para los de 25; y 50% para los de 30 años.

Salario base

Para determinar el salario promedio y su degresión rigen las mismas reglas establecidas en la Ley 24 de 1979 con respecto a las pensiones por edad o por invalidez total.

Trabajo de los pensionados

El Decreto 132 de 1986 reconoce a favor de los pensionados por este régimen la concesión de facilidades para su reubicación en plazas afines a la actividad que desempeñaron, y las entidades laborales están obligadas a incluir en los convenios colectivos de trabajo las cláusulas que viabilicen la aplicación de este beneficio.

Los pensionados que se reincorporan al trabajo remunerado en alguna actividad distinta a las comprendidas en este régimen pueden optar, cuando decidan cesar en el trabajo, por continuar en el cobro de su pensión o acogerse a lo que reconoce la Ley 24 de 1979, si reúnen los requisitos fijados en ésta última para la pensión por edad o por invalidez total.

Pensión por muerte

La muerte de los pensionados al amparo del Decreto 132 de 1986 origina el derecho a pensión de sus familiares de acuerdo con los preceptos establecidos en la Ley 24 de 1979.

3. SEGURIDAD SOCIAL DE LOS MILITARES Y COMBATIENTES DEL MINISTERIO DEL INTERIOR.

Militares

En Cuba el ejército profesional permanente es muy pequeño, pues fundamentalmente lo constituyen los miembros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias que prestan servicios como generales, almirantes, oficiales y suboficiales. La casi totalidad del personal que integra las tropas está compuesto por reclutas del Servicio Militar Activo que se incorporan al ejército por el término de dos años, por lo cual esta legislación especial sólo está destinada a los citados miembros del ejército profesional permanente y a los reclutas que sufran algunas de las contingencias previstas en la ley, mientras permanezcan como miembros activos de sus filas.

Con el fin de propiciar el mejoramiento progresivo de las condiciones de vida y de trabajo de los oficiales y las tropas, atendiendo a la complejidad de las tareas que desempeñan, la importancia social de su labor, así como las condiciones objetivas y circunstancias en que se desarrolla el servicio militar, caracterizadas por un constante sacrificio, tanto en el orden legal como social, se promulgó el Decreto-Ley 101 de 1988, de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Revolucionarias.

Personas protegidas

Son:

- los militares;
- la familia de los militares y la de los militares pensionados.

Contingencias cubiertas

Este cuerpo legal les reconoce el derecho a recibir pensión por antigüedad y por invalidez. En caso de muerte origina el derecho a pensión a favor de los

familiares.

Base de cálculo de las pensiones

Es la suma del último sueldo percibido por grado y cargo y sobresueldo por antigüedad. Si el militar percibe el salario establecido para los trabajadores civiles se toma el último haber mensual.

Forma de acreditar el tiempo de servicios

Se considera el tiempo acreditado en los expedientes personales o a través de órdenes o documentos correspondientes. El tiempo como civil se acredita mediante el procedimiento establecido en el régimen general de seguridad social.

Pensiones por antigüedad

El Decreto-Ley 101 de 1988 regula tres tipos de pensiones por antigüedad:

- a) antigüedad de 25 o más años de servicio militar activo con cualquier edad;
- b) antigüedad de 20 o 24 años de servicio militar activo a partir de los 40 años de edad, o cualquiera si se trata de pilotos, aviadores o tripulantes de submarinos;
- c) antigüedad de 25 o más años de servicios militar y civil para los militares con 50 años o más y no menos de 12,5 años de servicio militar activo.

Cuantía de las pensiones

Para antigüedad del inciso a) anterior:

- con menos de 55 años de edad, el 50% de la base de cálculo por los primeros 25 años y 3% por cada año en exceso hasta el máximo del 80%;
- con 55 años o más de edad, 60% de la base de cálculo por los primeros 25 años y 3% por cada año en exceso hasta el máximo del 90%.

Antigüedad de 20 a 24 años de servicios:

- con menos de 50 años de edad: el 30% de la base de cálculo por los primeros 20 años y 2% por cada año en exceso;
- con 50 o más años de edad: 40% de la base de cálculo por los primeros 20 años y 2% por cada año en exceso.

Antigüedad de más de 25 años de servicio civil y militar:

- 35% de la base de cálculo por los primeros 25 años, y si no menos de 12,5 años fueron de servicio militar activo;
- 45% de la base de cálculo por 30 años o más de servicios siempre que acredite no menos de 15 años de servicio militar activo.

La cuantía mínima de la pensión para los militares es de \$126.00 mensuales.

Pensiones por invalidez

En dependencia del tipo y la causa de la invalidez se aplican a la base de cálculo los siguientes porcentajes:

Invalidez total: 60% ó 75%

Invalidez parcial: 30% ó 40%

Los porcentajes establecidos para la pensión por invalidez se incrementan en un 5% por los primeros cinco años del servicio militar activo más 1% por cada año en exceso de 5 años.

Pensión por muerte

Los familiares protegidos son los mismos regulados en la Ley 24 de 1979 y, además, los abuelos sin medios de subsistencia y dependientes del fallecido, nietos y hermanos, solteros e incapacitados y los menores de 17 años siempre que hubieran dependido económicamente del fallecido.

Las pensiones establecidas en este régimen son otorgadas por los órganos correspondientes de las Fuerzas Armadas Revolucionarias y su pago se realiza por las agencias del Banco Popular de Ahorro con cargo a los fondos asignados a la seguridad social en el presupuesto del Estado.

Combatientes del Ministerio del Interior

Con anterioridad a 1985 los combatientes del Ministerio del Interior estaban sujetos a las regulaciones del régimen general de seguridad social, las cuales no se ajustaban a las condiciones específicas en que estos prestan sus servicios, por lo que se promulgó el Decreto-Ley 102 de 1985 que garantiza la protección de los combatientes del Ministerio del Interior. Con ésta última expresión se designa al personal que presta sus servicios en este organismo del Estado con excepción del que ocupa cargos expresamente conceptuados como civiles.

Contingencias cubiertas

Este Decreto-Ley ofrece protección a sus beneficiarios en los casos de antigüedad e invalidez y regula los requisitos para obtener las prestaciones y sus cuantías, misma que extiende a los familiares al ocurrir la muerte del combatiente.

Base de cálculo de las pensiones

Se considera la suma de lo devengado por cargo y antigüedad en el mes inmediato anterior a la fecha de promoción del expediente.

Formas de acreditar el tiempo de servicios

El tiempo de servicio se acredita mediante los documentos obrantes en el expediente personal u órdenes y documentos que lo justifiquen. El tiempo como civil se justifica mediante los medios probatorios establecidos en la

legislación de seguridad social.

Pensiones por antigüedad

El Decreto-Ley número 102 de 1988 regula tres tipos de pensiones por antigüedad:

- a) antigüedad de 25 o más años de servicios en el Ministerio del Interior con 45 o más años de edad;
- b) antigüedad de 20 a 24 años en el Ministerio del Interior a partir de los 45 años de edad cuando el licenciamiento obedece a ciertas causas;
- c) antigüedad de 25 años o más de servicios considerando el tiempo civil con 50 o más años de edad y no menos de 15 de servicios en el Ministerio del Interior.

Cuantía de las pensiones

En los casos de antigüedad de 25 o más años en el Ministerio del Interior se aplican las mismas reglas del Decreto-Ley 101 de 1988 para los militares.

Antigüedad de más de 25 años de servicios en el servicio militar y civil:

- por 25 años de servicios de los cuales no menos de 15 deben de haberse prestado en el Ministerio del Interior, se aplica el 35% del salario base;
- por 30 años de servicios, de los cuales un mínimo de 18 deben de haberse prestado en el Ministerio del Interior, se aplica el 45% del salario base.

La cuantía mínima de la pensión es de \$126.00 para los miembros del Ministerio del Interior que devenguen \$180.00 o más de salario.

Pensiones por invalidez

Se aplican las mismas reglas que regula el Decreto-Ley 101 de 1988 para los militares.

Pensión por muerte

Se aplican las mismas reglas establecidas por la Ley número 24 de 1979.

4. SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION RURAL

Antecedentes

La composición del campesinado en Cuba se caracterizaba por una estructura basada en el latifundio, por formas semif feudales de explotación de los fundos por propietarios absentistas y por un alto grado de concentración de la propiedad rural; el 46% del área nacional de fincas estaba en manos del 1,5% de los propietarios, además, el minifundio representado por el 70% de las fincas con extensión menor de 26 hectáreas.

Existían en la población rural tres capas bien definidas: en la parte superior de la estratificación se tenía al grupo reducido de propietarios, vinculados a la alta burguesía, los monopolios y grandes terratenientes, que utilizaban a obreros agrícolas en la explotación de las fincas; más abajo, el campesinado medio, formado por los cultivadores que disponían en propiedad o arrendamiento de una pequeña porción de terreno laborado personalmente, a veces, con el auxilio de un limitado número de trabajadores agrícolas; después, en el último estrato, el amplio contingente de semiproletarios que con un pedazo de tierra en arrendamiento, aparcería o precario, se empleaban como obreros en las tierras de los grandes colonos o los campesinos medios. Eran estos últimos los campesinos más pobres, sin acceso a la escuela lejana, al hospital de la ciudad, en su mayoría sin protección alguna de la seguridad social, salvo los

limitados beneficios del seguro social de los azucareros.

Junto a estas capas, completando la composición de entonces de la población campesina, existían unos 600 mil obreros agrícolas sin tierras, vagando durante la mayor parte del año en busca de ocupación, sujetos siempre a un trabajo inestable, cíclico o irregular.

La estructura descrita determinaba dramáticas consecuencias sociales principalmente en este último grupo: el analfabetismo, elevado al 41,7% de la población de las zonas rurales; las viviendas inseguras e insalubres, construidas en un 62,5% de yagua, madera, guano y piso de tierra; un déficit alimenticio de más de 1 000 calorías por persona; y la total ausencia de atención médica y hospitalaria, preventiva y curativa.

Medidas adoptadas por el Gobierno a partir de 1959

Los cambios que se produjeron en Cuba en el plano económico, político, social y cultural, significaron una modificación radical en la vida del campesinado. Las instituciones surgidas al calor del programa que se ha venido desarrollando desde el mismo momento del triunfo de la Revolución, respondieron inicialmente al propósito central de modificar la estructura de la economía agraria, sentaron las bases para afirmar la plena independencia política y económica e impulsar el desarrollo integral del país. Hacia el campo se dirigieron, pues, las primeras medidas trascendentales de la Revolución.

La Reforma Agraria no sólo transformó el régimen de tenencia de la tierra, sino que aplicó de inmediato un vasto programa encaminado a asegurar el empleo permanente del obrero agrícola, la asistencia técnica al campesinado, el crédito agrícola, la atención a la salud, el fomento de la vivienda adecuada y la extensión del régimen de seguridad social a los asalariados del campo.

Tales proyecciones económico-sociales tuvieron expresión jurídica en las leyes reguladoras de la Reforma Agraria. La primera, promulgada en mayo de

1959, limitó la cantidad máxima de tierra que podía poseerse a 402,6 hectáreas, dispuso la redistribución de las tierras expropiadas e impulsó el fomento de cooperativas. Conforme a sus preceptos fue creado el Instituto Nacional de Reforma Agraria como estructura político-administrativa encargada de aplicar la Ley.

La segunda Ley, de 1963, decretó en otra fase del proceso la expropiación de las fincas mayores de 67,1 hectáreas, elevando el fondo de tierras de propiedad social al 70% de la superficie cultivable del país y haciendo surgir así la base para intensificar el desarrollo de las fuerzas productivas en la agricultura. Las tierras nacionalizadas se agruparon en granjas estatales, unidades de producción de 20 a 40 mil hectáreas con cultivos diversificados y un alto nivel técnico y organizativo.

El resto de la tierra quedó en manos de agricultores privados que, a partir de 1961, integraron la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños. Esta asociación que inicialmente fungió como orientadora en el orden de la producción e instrumento viabilizador de la distribución de los recursos (créditos, fertilizantes, semillas, maquinarias, etc.), hoy constituye la organización de masas de los campesinos.

En una fase posterior de su desarrollo, la Reforma Agraria orientó sobre nuevas bases la producción de los pequeños agricultores y desde 1975 comenzó el proceso de voluntaria integración de estos agricultores en las cooperativas de producción agropecuaria que han transformando la producción agropecuaria mercantil en producción social y que a partir de julio de 1982 tuvo su expresión jurídica en la promulgación de la Ley número 36 reguladora del derecho reconocido constitucionalmente de dichos agricultores a asociarse entre sí en cooperativas agropecuarias y conjugar sus esfuerzos para la producción colectiva, de carácter socialista, sobre la base de la unificación de sus tierras y demás bienes de producción, que pasan a ser propiedad cooperativa. En tal virtud, los socios reciben una parte proporcional de las utilidades anuales y, mensualmente de acuerdo con el trabajo realizado, obtienen una cantidad como anticipo con cargo a dichas utilidades.

Los socios se clasifican en aportadores y no aportadores. Los primeros son los que integran sus tierras y demás bienes, reciben al finalizar cada año, además de las utilidades, una cantidad como amortización del valor de los bienes aportados. Los segundos sólo participan de las utilidades en función del esfuerzo de la producción.

Dicha Ley se refiere, dentro de las formas de asociación de los campesinos, a las cooperativas de créditos y servicios y las define como asociaciones voluntarias de agricultores pequeños que mantienen la propiedad de sus respectivas fincas y demás medios de producción, así como sobre la producción que obtienen.

A partir de la promulgación de la citada Ley, se intensifica el movimiento de incorporación de los pequeños agricultores a las cooperativas de producción agropecuaria y se consolidan las cooperativas de créditos y servicios.

Respecto a las cooperativas de créditos y servicios, cabe señalar que, a diferencia de la producción agropecuaria sus socios mantienen la propiedad individual de sus respectivas tierras y demás medios de producción; y a partir de sus intereses deciden unirse para fines de planificar, contratar, recibir y utilizar en forma organizada los recursos materiales y financieros y la asistencia técnica que el Estado les proporciona, así como fomentar la ayuda mutua y otras formas de cooperación entre los agricultores y sus familiares.

Los avances obtenidos en el orden económico se unen a un cuadro de logros sociales que hoy definen las condiciones normales de vida del campesinado cubano. La política social del Gobierno con relación al campo estuvo dirigida desde 1959 a crear las bases necesarias para la elevación sistemática del nivel de vida de la familia campesina. Los objetivos inmediatos consistieron en incorporar al trabajo en forma estable a todos los trabajadores asalariados, prestar atención técnica a los pequeños agricultores y conceder los créditos necesarios para acometer la explotación intensiva de las tierras adjudicadas.

La creación de las granjas estatales en los grandes latifundios nacionalizados,

permitió la progresiva introducción de la técnica y la mecanización en las labores agrícolas, lo cual dió lugar a la existencia de más de cientos de empresas agropecuarias dirigidas por el Ministerio de la Agricultura, en las que se aseguró trabajo permanente a más de 370 mil obreros asalariados rurales.

La extensión de la seguridad social al sector campesino

El primer antecedente de prestaciones monetarias al sector campesino después del triunfo de la Revolución, aparece en la Resolución número 266, dictada por el Instituto Nacional de Reforma Agraria con fecha 29 de agosto de 1961, en la que se dispone la indemnización del pequeño propietario de finca afectado por la Ley de Reforma Agraria, siempre que el único medio de subsistencia hubiera sido la renta proveniente de dicha finca.

Posteriormente la Resolución número 178 de 30 de noviembre de 1967 también del Instituto Nacional de Reforma Agraria, modificó la Resolución número 266 de 1961 e introdujo reglas sobre los siguientes aspectos:

- pago de la indemnización en plazos mensuales no mayores de 60 pesos y durante un período que no excedería de 5 años a partir de la fecha de su concesión;
- faculta el otorgamiento de la indemnización con carácter vitalicio, en los casos de edades avanzadas o incapacitados para el trabajo;
- dispone la conversión en cantidades vitalicias de las indemnizaciones ya asignadas a beneficiarios con avanzada edad o que estuvieran incapacitados para el trabajo;
- dispone que las cantidades vitalicias, en caso de fallecimiento del beneficiario, puedan ser transmitidas a los siguientes familiares:

a) cónyuges y compañera(o);

b) en ausencia de estos, a los demás familiares que carecieran de medios de subsistencia y hubieran vivido al abrigo y protección del beneficiario fallecido.

La existencia de propietarios de fincas rústicas que por tener avanzada edad o estar totalmente incapacitados para el trabajo no pueden atender debidamente la producción agropecuaria, es un fenómeno que comenzó a manifestarse desde los primeros tiempos de aplicación de la Primera Ley de Reforma Agraria. Con objeto de evitar que permanecieran ociosas las tierras propiedad de estos campesinos ancianos o incapacitados para el trabajo, se dictó por el Instituto Nacional de Reforma Agraria la Resolución número 120 de 20 de abril de 1966, por la que se establece el procedimiento para la adquisición por parte de dicho organismo de toda finca rústica que su propietario voluntariamente ofreciera en venta.

En los casos de avanzada edad o incapacidad para el trabajo, se estableció el derecho del campesino vendedor a optar por una cantidad vitalicia cuya cuantía oscilaría entre 40 y 120 pesos mensuales, teniendo en cuenta para ello el valor de la finca y las necesidades familiares y situación económica del vendedor.

Posteriormente por la Resolución 177 de 30 de noviembre de 1967 del propio Instituto, se dispuso que estas cantidades vitalicias podrían ser transmitidas en caso de fallecimiento del beneficiario a la cónyuge o compañera(o) y en ausencia de ésta a los demás familiares incapacitados, bajo determinadas condiciones.

El otorgamiento de cantidades vitalicias como forma de pago en la compra de fincas constituyó para los propietarios la garantía de obtener una prestación monetaria por parte del Estado cuando no pueden trabajar por razones de edad o invalidez y para los familiares mantener la pensión en los casos de fallecimiento.

A partir de 1963, con la puesta en vigor el primero de mayo de ese año de la Ley 1100 de Seguridad Social, quedaron comprendidos por primera vez en la historia de Cuba todos los trabajadores asalariados del campo, en iguales condiciones y con los mismos requisitos que el resto de los trabajadores, y por tanto, con derecho a obtener las prestaciones correspondientes ante los

riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte, además de la protección a la mujer trabajadora del campo en caso de maternidad.

Con fecha 13 de octubre de 1967, el Ministro del Trabajo dictó la Resolución número 202, por medio de la cual se otorgó el derecho a jubilación a más de 7 mil trabajadores inmigrantes antillanos introducidos en Cuba por los propietarios de los centrales azucareros en los años próximos a 1920, quienes desde hacía mucho tiempo habían dejado de trabajar por su avanzada edad o por incapacidad para el trabajo y vivían en la más espantosa miseria.

La Ley 1258 de 5 de diciembre de 1973 estableció un régimen especial de prestaciones monetarias con cargo a los fondos de la seguridad social para los campesinos cuyas tierras habían sido afectadas por la Segunda Ley de Reforma Agraria y que al término del pago de la indemnización, fijada de acuerdo con el valor de sus tierras, se encontrasen en estado de necesidad y no estuvieran aptos para el trabajo en razón de edad o enfermedad. Esta Ley considera como no aptos para el trabajo por razón de edad a los hombres de 60 o más años de edad, las mujeres de 55 y más años y los menores que no hubieren arribado a la edad laboral. Estos mismos requisitos se establecieron para los familiares en caso de muerte del beneficiario.

Con la promulgación de la Ley número 24 de 28 de agosto de 1979, se mantuvo el principio de protección a todos los trabajadores asalariados y, por tanto, los trabajadores agropecuarios están protegidos ante los riesgos de enfermedad, accidente, invalidez y vejez. Sus familiares son igualmente amparados en caso de muerte del sostén de la familia y la mujer trabajadora del campo está comprendida en los beneficios de la Ley 1263 de 1974. Como los demás asalariados, los trabajadores agrícolas están protegidos, así como sus familiares, ante los distintos riesgos y contingencias. Trabajadores y familiares se benefician de un sistema completo y coherente de prestaciones en servicios en especie y monetarias, cuya organización y financiamiento garantiza el Estado.

En cuanto a los agricultores independientes, se mantiene la protección conferida mediante las disposiciones ya explicadas. Por esta vía se han otorgado prestaciones a largo plazo con cargo a los fondos de la seguridad social a más

de 50 mil campesinos propietarios de tierra.

Seguridad social para los miembros de las Cooperativas de Producción Agropecuaria

El establecimiento de un régimen de seguridad social para los miembros de las cooperativas de producción agropecuaria, contribuyó a fortalecer el movimiento cooperativista en el campo al brindar una adecuada protección a este sector campesino.

Así, con fecha 18 de enero de 1983 se promulgó el Decreto-Ley número 65 que brindó con carácter excepcional y por una sola vez, la oportunidad de obtener pensión a aquellos campesinos que se incorporaran a las cooperativas de producción agropecuaria en un plazo de cinco años a partir de su vigencia. Al amparo de esta legislación se otorgaron en los tres primeros años de su aplicación 35303 pensiones por edad, invalidez y muerte.

Vencido el plazo de cinco años señalado anteriormente y vista la experiencia de la aplicación de este régimen, se promulgó el Decreto-Ley 127 de 23 de marzo de 1991, que confirmó los aspectos esenciales del Decreto-Ley 65 de 1983 y lo adecuó a las condiciones existentes en ese momento.

Su campo de aplicación comprende a los cooperativistas, definidos como miembros o socios de las cooperativas que laboran en ellas con regularidad, reciben un anticipo diario de acuerdo con el cumplimiento de sus normas y participan en la distribución de las utilidades al finalizar el año. Comprende igualmente a los miembros de la familia determinados en el Decreto - Ley.

Riesgos cubiertos

Los riesgos cubiertos son la enfermedad, la maternidad de la cooperativista, la invalidez total para el trabajo y la edad. En caso de muerte el régimen protege

a la familia.

Invalidez temporal

El cooperativista que se enferme o accidente tiene derecho a recibir durante el período de su invalidez temporal, un subsidio diario, excluyendo los días de descanso semanal, equivalente a un porcentaje del anticipo promedio diario percibido en el año anterior a aquel en que ocurre dicha incapacidad, de acuerdo con las normas siguientes:

<i>Enfermedad o accidente</i>	<i>común</i>	<i>profesional</i>
a) si estuviera hospitalizado	50%	70%
b) si no estuviera hospitalizado	60%	80%

El subsidio se paga durante el período de invalidez temporal para el trabajo y hasta que se dé el alta médica; se comienza a percibir a partir del cuarto día laborable de invalidez, salvo que el cooperativista sea hospitalizado antes del cuarto día, en que se paga desde el momento de la hospitalización. Cuando se trata de un accidente del trabajo o enfermedad profesional, se paga desde el primer día de incapacidad para laborar.

Protección a la maternidad

La maternidad de la cooperativistas esta protegida por la Ley número 1263 de 1974.

Pensión por invalidez total

El Decreto-Ley define la invalidez total como disminución de la capacidad

física o mental (o ambas) del cooperativista que le impida continuar realizando cualquiera actividad laboral

Condiciones de atribución

Se establece el requisito de acreditar un tiempo mínimo de trabajo en relación con la edad alcanzada al momento de presentarse la enfermedad o la lesión incapacitante, con excepción de los casos en que los trabajadores se hayan invalidado como resultado de un accidente del trabajo o enfermedad profesional.

A estos efectos, el Decreto-Ley 127 de 1991 establece una escala que fluctúa desde exigir sólo la vinculación laboral si el cooperativista incapacitado tiene 23 años de edad, hasta 15 años de vinculación cuando tiene 60 o más años de edad. Si se trata de una mujer, de 46 años o más de edad, sólo tiene que probar 10 años de tiempo mínimo de servicios prestados.

Cálculo de la pensión

La cuantía de la pensión se determina sobre el ingreso promedio anual que resulte de los mayores ingresos devengados por el cooperativista por concepto de anticipo más utilidades durante 5 años naturales, seleccionados entre los 10 últimos años naturales anteriores a la solicitud de la pensión.

Cuantía mínima:

- a) \$40.00 mensuales si se reúnen los requisitos exigidos para obtener la pensión por invalidez total y se acredita un ingreso mínimo de \$540.00; y
- b) el 80% del ingreso promedio anual si éste es inferior a 540 pesos.

Pensión por edad

En la pensión por edad las condiciones de atribución son: para los hombres 65

años de edad y 60 para la mujer, laborar en la cooperativa al momento de solicitar la pensión y durante 15 años como mínimo. Si el cooperativista laboró antes como trabajador asalariado o fue fundador de una sociedad agropecuaria, ese tiempo resulta computable. El pensionado tiene derecho a recibir simultáneamente su prestación con el ingreso proveniente de cualquier tipo de labor que realice.

Cálculo de la pensión

La cuantía de la pensión por edad es equivalente al 40% del ingreso promedio anual que resulte de los mayores ingresos devengados por el cooperativista por concepto de anticipos más utilidades durante 5 años seleccionados entre los últimos 10 años, naturales, anteriores a la solicitud de pensión, que se incrementa en un 1% por cada año laborado como cooperativista o trabajador del sector estatal o privado que exceda de 15. Esta pensión no puede ser inferior a 40 pesos mensuales.

Pensión por causa de muerte

La pensión por causa de muerte se concede a la viuda de alta edad (60 años o más) o incapacitada para el trabajo que dependía económicamente del cooperativista fallecido; a los hijos menores de 17 años o incapacitados para el trabajo, solteros y dependientes económicamente del fallecido; y a la madre y el padre que carezcan de medios de subsistencia y dependían del hijo fallecido. En el caso de las viudas menores de 60 años no incapacitadas para el trabajo, la Junta Directiva de la Cooperativa está facultada para abonar la pensión cuando existan motivos excepcionales que lo justifiquen.

Como en el régimen de seguridad social de los trabajadores asalariados, el Decreto-Ley número 127 de 1991 regula la "pensión provisional", consistente en el abono inmediato, durante tres meses, de una prestación que asegure un ingreso económico al núcleo familiar mientras se tramita el otorgamiento de la pensión definitiva. La cuantía se calcula al aplicar la cuantía a la pensión que por edad o invalidez correspondió o hubiera correspondido al causante, las tasas contenidas en una escala basada en el número de beneficiarios.

Financiamiento

Con respecto al financiamiento, la seguridad social de las cooperativas de producción agropecuaria se financia igual que todo el Sistema, mediante el presupuesto estatal; pero en virtud de la naturaleza y características de este sector, determinadas por la propiedad colectiva y la repartición de las utilidades entre sus integrantes, se consideró conveniente que las cooperativas aportaran al presupuesto del Estado, como contribución a la seguridad social, un 3% del valor de sus ventas.

Administración

En cuanto a la administración del régimen, el Decreto-Ley acoge el método de la autogestión de las prestaciones a corto plazo y confía al Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social la labor administrativa de las pensiones.

En resumen, podemos señalar que actualmente la población rural cubana presenta la siguiente composición: trabajadores asalariados incorporados a las empresas estatales y protegidos por el régimen general de seguridad social regulada por la Ley 24 de 1979; trabajadores miembros de las Cooperativas de Producción Agropecuarias protegidos por el Decreto-Ley 127 de 1991, los trabajadores miembros de las Cooperativas de Créditos y Servicios, que, reciben sus beneficios mediante las regulaciones que les permiten, cuando no pueden continuar trabajando por razón de edad o enfermedad, acogerse a una prestación vitalicia cuya cuantía depende del valor de la finca, sujetas a las mismas normas de suspensión, modificación y extinción dispuestas en el régimen general de seguridad social.

V

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. FUNDAMENTOS DEL SISTEMA

La salud está concebida como un derecho de todos los ciudadanos y su aseguramiento es una responsabilidad del Estado. Las prestaciones que el Estado ofrece a través de los servicios de salud, están definidas por el régimen de seguridad social y el de asistencia social establecidos por la Ley número 24 de 1979, vigente desde 1980 en el país. Esta Ley fija la responsabilidad que tiene el Ministerio de Salud Pública en cuanto a la administración de las prestaciones en servicios y en especie. El Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social se encarga de la administración de las prestaciones monetarias.

Los fines y funciones del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social, están dirigidos a contribuir al desarrollo integral del hombre y facilitarle la aplicación en el trabajo de sus energías y capacidades. Por ello, ambos Sistemas trabajan en estrecha coordinación, aunque para garantizar la mayor eficiencia en el funcionamiento de las diversas instituciones encargadas de la aplicación de la política social, se han dividido las funciones correspondientes a esta área.

Los servicios que hoy se ofrecen en la esfera de la salud constituyen el resultado de cambios sustanciales ocurridos desde 1959 en la organización y calidad de los mismos.

El Estado garantiza la atención a la salud de sus habitantes al llevar a cabo un conjunto de acciones dirigidas a asegurar la protección en este campo, a partir de los principios de gratuidad y acceso universal a todos los servicios.

Esta protección se apoya en la aplicación de programas desarrollados y concebidos como parte de la política social que de forma integral tiene la finalidad de mejorar las condiciones de vida de la población. La actual organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, regido por el Ministerio de Salud Pública, es el instrumento cuyos planes, objetivos, metas y estrategias han culminado en los satisfactorios indicadores actuales sobre los distintos aspectos de la salud del país.

2. SITUACION EN 1958

Al analizarse en forma sumaria la situación existente hasta 1958, se aprecia la vigencia de un limitado presupuesto de salud pública, sólo 20,6 millones de pesos eran destinados a esta esfera; el Estado atendía sólo 97 hospitales; las casas de socorro atendidas por los municipios sumaban 163; un número reducido de médicos (alrededor de 6000 en total) y concentrados fundamentalmente en la Capital; la producción y distribución de medicamentos convertidas en actividad mercantil por más de 500 empresas y con un control del 70% del mercado por laboratorios extranjeros; una alta tasa de mortalidad por enfermedades; y la falta de control estadístico en materia de salud.

SALUD PUBLICA EN EL AÑO 1958	
Hospitales	97
Hospitales Rurales	11
Hogares de Ancianos	20
Hogares de Impedidos Físicos Mentales	2
Banco de Sangre	1
Camas de Asistencia Médica	28336
Camas de Asistencia Social	3963

Las expresadas características conducían a índices deplorables. Sirven de ejemplo la alta tasa de mortalidad infantil de 60 por 1000 nacidos vivos, la expectativa de vida de sólo 55 años, los casos de poliomielitis (3000 al año), paludismo (3000 al año) y difteria (600 al año).

3. MEDIDAS INICIALES

La situación antes expresada obligó a medidas inmediatas en armonía con los cambios políticos y sociales ocurridos en 1959, dirigidas a satisfacer las necesidades de salud en niveles adecuados.

A ese fin se inició la construcción de nuevos hospitales, la terminación de algunos que llevaban más de 10 años de iniciados, la remodelación y ampliación de los existentes, así como la incorporación progresiva de las instituciones autónomas, privadas y mutualistas, bajo la dirección del Sistema de Salubridad (hoy Ministerio de Salud Pública).

En 1960 se creó el Servicio Médico Rural, y se dispuso que los médicos, una vez graduados, debían prestar sus servicios a tiempo completo en las comunidades rurales por término de un año, extendido a dos posteriormente. A ello se unió el inicio de la construcción de una red de hospitales y puestos médicos rurales que llevaron los servicios médicos a todas las zonas del país.

En 1961 se estableció la primera regionalización de la salud pública y se comenzó la creación de los policlínicos, unidades que sustituirían a las antiguas casas de socorro y que conjuntamente con los hospitales rurales, los puestos médicos y los servicios externos de los hospitales urbanos, garantizaron la extensión de la atención médica a toda la población.

Mientras que estas medidas se llevaron a cabo en el campo de la salud pública, en todo el país se producía una emigración masiva de médicos hacia Estados Unidos. De un total de 6 300 médicos que habían en 1959, alrededor de 3 mil, casi la mitad, abandonaron la patria en los primeros años.

Para reemplazar a los médicos que abandonaron el país, se llevaron a cabo planes para la formación en mayor escala de estos profesionales. Con este fin, se incorporaron a la docencia los hospitales de La Habana que reunían las condiciones necesarias, se estableció el sistema de becas; se creó el internado

como último curso de la carrera y, a partir de 1962, en que se fundó la segunda escuela de Medicina del país en Santiago de Cuba, comenzó la descentralización de la docencia médica superior en la nación.

Igualmente, se inició y reglamentó todo lo referente a la formación de las especialidades médicas y estomatológicas, se reconocieron oficialmente 40 y se crearon los cursos de especialización . Además se evidenció la gran necesidad de personal técnico medio, indispensable para poder incrementar los servicios de salud.

La urgente necesidad de enfermeras trajo como consecuencia, en una primera etapa, el incremento de su formación, así como iniciar en forma acelerada la de las auxiliares.

PERSONAL MEDICO DE LA SALUD GRADUADO ENTRE 1959 Y 1993	
Médicos	49854
Estomatólogos	8462
Técnicos Medios	66132
Enfermeras	80650
Auxiliares de Enfermería	31174

MEDICOS Y ESTOMATOLOGOS 1993				
PROVINCIA	MEDICOS		ESTOMATOLOGOS	
	TOTAL	x 10000 Hab.	TOTAL	x 10000 Hab.
Pinar del Rio	2777	38.9	493	6.9
Habana	2199	33.1	552	8.3
C. Habana	18206	84	2333	10.8
Matanzas	2600	41.2	521	8.3
Villa Clara	3832	46.6	550	6.7
Cienfuegos	1501	39.7	271	7.2
Santi Spiritus	1808	40.8	313	7.1
Ciego de Avila	1385	36.1	290	7.6
Camaguey	3041	39.6	565	7.4
Las Tunas	1465	28.7	281	5.5
Holguin	2963	29	553	5.4
Granma	2317	28.4	461	5.6
Santiago de Cuba	4929	48.3	886	8.7
Guantánamo	1672	32.9	385	7.6
Isla de la Juventud	350	46.4	76	10.1
TOTALES	51045	46.7	8530	7.8

FUENTE: Banco de Datos,
Dirección de Estadística,
Ministerio de Salud Pública, 1994.

En el año 1961 el Ministerio de Salud Pública sustituyó al Ministerio de Salubridad con funciones de mayor amplitud que desde entonces han consistido en las siguientes:

- a) planificar y ejecutar las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud;
- b) organizar los servicios de atención médica, preventiva y curativa, para toda la población;
- c) normar las condiciones higiénicas del trabajo y el saneamiento del ambiente rural y urbano;
- ch) ejercer el control epidemiológico de las enfermedades y el control sanitario de todos los productos que pueden tener influencia sobre la salud humana;
- d) organizar, dirigir y controlar el proceso de formación de especialistas calificados propios de la actividad;
- e) regular el ejercicio de la medicina y de las actividades que le son afines;
- f) dirigir las actividades de producción de medicamentos, así como las de comercialización de medicamentos y de artículos de uso médico;
- g) organizar los servicios de asistencia social destinados a los ancianos, impedidos físicos y mentales y otros incapacitados, según el orden establecido.

En virtud del carácter integral de la política social, la función prioritaria de proteger la salud es apoyada por diversos organismos y sectores como la educación, la alimentación, el trabajo, la seguridad social, la asistencia social, sin embargo las tareas específicas dirigidas a realizar esta protección corresponden al Ministerio de Salud Pública.

En los años siguientes a 1961 se prosiguió la incorporación al Servicio Rural de médicos y estomatólogos por el período de un año, extendido a dos en 1964. Posteriormente, en 1973, la Ley del Servicio Social estableció para todos los egresados de los centros universitarios el cumplimiento del servicio social por tres años. La formación de especialistas mediante el régimen de residencia fue otra de las metas de los años 1962. Se reconocieron a ese fin nuevos hospitales docentes.

Otra de las finalidades cumplidas por el Ministerio de Salud Pública fue la sumisión de toda la industria farmacéutica al control estatal para garantizar el abastecimiento adecuado de medicamentos al pueblo, se tomaron medidas tales como, las rebajas de los precios de las medicinas, la nacionalización de la totalidad de los laboratorios, la compra de todas las farmacias y el establecimiento del Formulario Nacional, en el que quedaron establecidas 700 fórmulas.

De modo paralelo, el país experimentó los efectos de grandes campañas de vacunación contra el tétanos y la poliomielitis, de intensas tareas de educación sanitaria de la población y de efectivas campañas de higienización.

4. MORTALIDAD

Los resultados favorables de la política desarrollada se evidenciaron con el cambio radical de las causas de mortalidad, la desaparición de diversas enfermedades que aquejaban al país en otras épocas y la disminución de muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias.

En 1962, el 13,3% del total de fallecimientos era producido por estas afecciones; en 1990, había bajado al 1,5%. En este descenso ha influido la disminución de las enfermedades diarréicas agudas, que de 4 157 muertes que se produjeron en 1962, disminuyeron a 385 en 1990, la tuberculosis, que de 1402 muertes en 1962, se redujo a 61 en 1990; el tétanos, que de 410 muertes en 1962, bajó a 1 en 1990 y otras numerosas enfermedades transmisibles producen muy pocas muertes actualmente, como la sífilis, la tosferina, el sarampión, la fiebre tifoidea, o que no producen ninguna, pues han sido erradicadas, como el paludismo, la difteria, la poliomielitis y el tétanos en menores de un año.

La estructura por edades de la mortalidad, ha cambiado en el período revolucionario como consecuencia de dos hechos fundamentales:

- El descenso de la mortalidad infantil.

- El aumento de la esperanza de vida al nacer.

Paralelamente al desplazamiento de las muertes hacia edades cada vez mayores, se produce una disminución en las edades más jóvenes.

La comparación entre las cinco primeras causas de muerte entre 1960 y 1993 es la siguiente:

AÑO 1960		AÑO 1993 *	
CAUSAS	TASAx 100 mil hab.	CAUSAS	TASAx 100 mil hab.
Enfermedades del corazón	126	Enfermedades del corazón	199.6
Tumores malignos	90.4	Tumores malignos	128.5
Lesiones vasculares que afectan el sistema nervioso central	49.2	Enfermedades cerebro-vasculares	68.3
Enfermedades propias de la primera infancia	46.3	Accidentes	51
Gastritis, enteritis, duodenitis y, colitis, salvo la diarrea del recién nacido	40.8	Influenza y neumonía	40.7

FUENTE: Dirección Nacional de Estadísticas,
Ministerio Salud Pública, 1994

* Preliminar

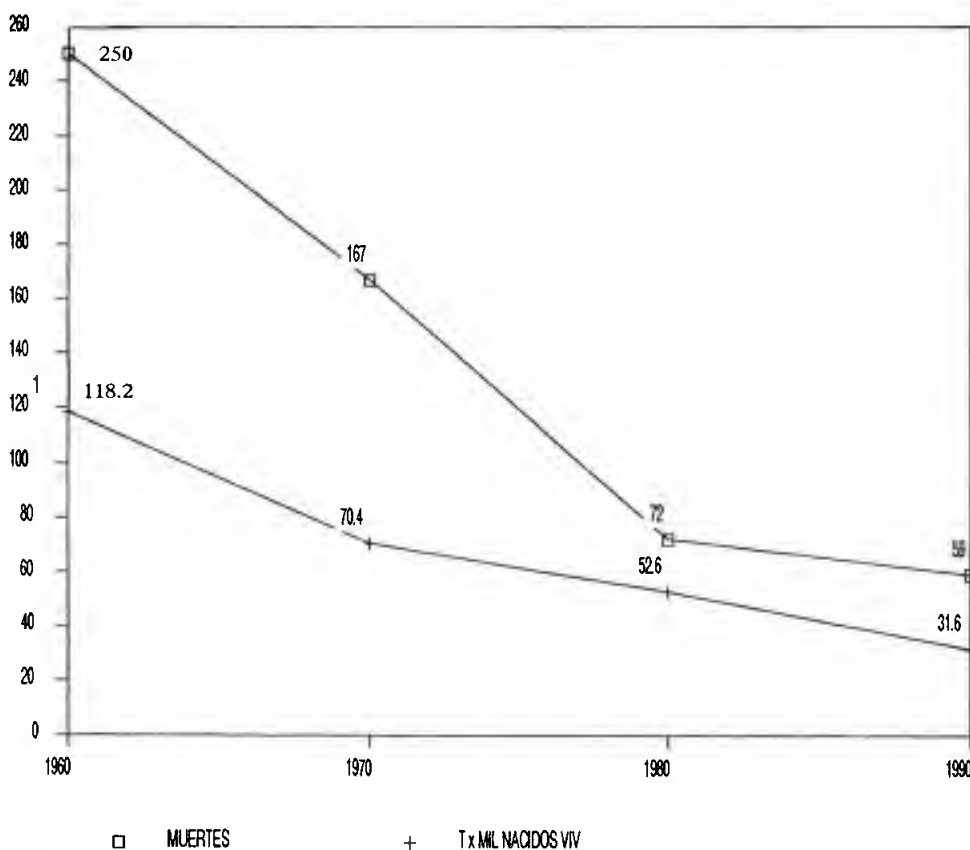
Las tres primeras causas de muerte no se han modificado en los últimos 35 años y pertenecen al grupo de las denominadas crónicas o transmisibles. Es de notar que este incremento en las tasas puede relacionarse con el aumento de la esperanza de vida en el país.

Los accidentes han ascendido a la cuarta causa de la muerte general de la población, hecho que frecuentemente se observa en los países desarrollados. Asimismo han desaparecido como primeras causas de muerte, enfermedades

infecto-contagiosas tales como son la tuberculosis y la gastroenteritis .

La mortalidad materna, debida al embarazo, parto y puerperio ha descendido notablemente desde 1960 y su evolución la exponemos a continuación:

MORTALIDAD MATERNA

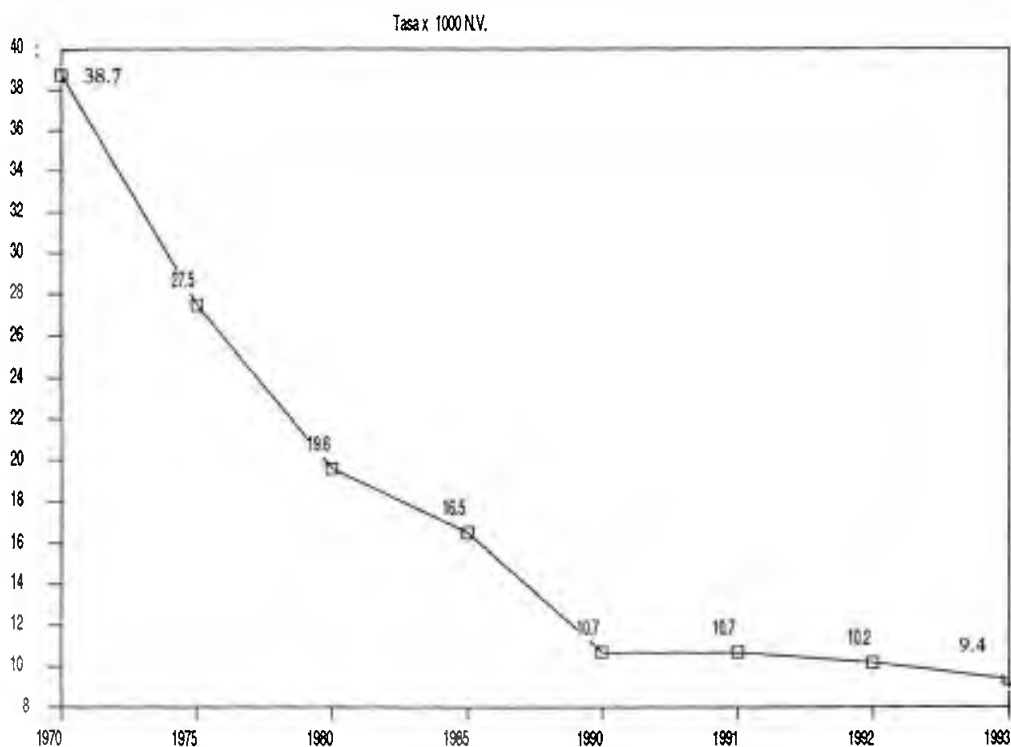


FUENTE: Dirección Nacional de Estadísticas,
Ministerio Salud Pública, 1994

La mortalidad infantil, como es conocido, ha descendido sensiblemente en los últimos años. Este indicador, junto con la esperanza de vida y los porcentajes

de la mortalidad en menores de 5 años y en mayores de 50 años, se han modificado favorablemente. Algunas investigaciones realizadas permiten suponer que la mortalidad infantil anterior al triunfo de la Revolución era superior a los 70 fallecidos por 1 000 nacidos vivos. En la década de los años 60 no se logró un descenso significativo y es a partir de 1970 que comienza un descenso mantenido en esta tasa, lo cual expresa la efectividad del programa materno-infantil

MORTALIDAD INFANTIL



FUENTE: Banco de Datos,
Dirección de Estadística,
Ministerio de Salud Pública, 1994.

MORTALIDAD INFANTIL POR PROVINCIAS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS (*)					
PROVINCIAS	1989	1990	1991	1992	1993
Pinar del Rio	11.2	8.3	10.6	12.6	9.3
La Habana	9.7	9.8	10.1	11.8	10.1
Ciudad de la Habana	10.4	10	9.2	9.8	8.9
Matanzas	10.7	12	12.3	10.8	11.2
Villa Clara	9.2	7.6	7.4	6.6	6.6
Cienfuegos	8.2	9.9	8.1	8.1	7.3
Sancti Spiritus	12.6	7.7	8.1	10.1	8.2
Ciego de Avila	12.6	11.6	10.2	11.5	10.8
Camaguey	10.6	11.4	13.2	11.1	10.2
Las Tunas	13.2	12.9	11.6	11.5	9.6
Holguín	11.6	12	10.3	8.5	7.7
Granma	11.9	13.6	12.2	10.3	11.4
Santiago de Cuba	11.4	11.4	11.9	10.4	9.5
Guatánamo	12	10.8	13	10.7	11.6
Isla de la Juventud	10.9	10.4	15	12.5	10.8
CUBA	11.1	10.7	10.7	10.2	9.4

FUENTE: Banco de Datos,
Dirección de Estadística,
Ministerio de Salud Pública, 1994.

* Tasa x 1000 nacidos vivos

5. ORGANIZACION ADMINISTRATIVA

El Sistema Nacional de Salud es único, integral, regionalizado y descentralizado. Su estructura presenta tres niveles administrativos que se corresponden con la división político-administrativa del país: el nivel nacional, representado por el Ministerio de Salud Pública como órgano rector; el nivel provincial, representado por la Dirección Provincial de Salud Pública directamente subordinada administrativa y financieramente a las Asambleas Provinciales del Poder Popular; y el nivel municipal, constituido por la Dirección de Salud Pública, dependiente en el orden administrativo y financiero de las Asambleas Municipales del Poder Popular.

En cuanto al nivel de atención médica, éste se clasifica en primario, secundario y terciario. En el nivel primario se realizan las actividades a partir del área de salud (médicos de la familia, policlínicos, hospital rural, puesto médico rural) de manera integral y comunitaria. Existen programas de atención integral a la familia dentro de los cuales se ubican los ancianos, amas de casa y jubilados, como grupos expuestos a riesgos. El nivel secundario se ejerce básicamente a partir del hospital, donde se brindan las especialidades y recursos más complejos de diagnóstico; y en el nivel terciario se incluyen especialidades que, por su especificidad, requieren estar ubicadas en áreas de mayor población, como los servicios de neurocirugía, cardiología y transplante de órganos.

UNIDADES DE SALUD SEGUN PROVINCIAS EN 1992					
	TOTAL	OTRAS	HOGARES	HOGARES	
PROVINCIA	HOSPITALES	UNIDADES	ANCIANOS	IMPEDIDOS	TOTAL
Pinar del Rio	18	75	7	1	101
Habana	8	119	19	2	148
C. Habana	47	148	30	10	235
Matanzas	10	72	15	2	99
Villa Clara	18	63	14	1	96
Cienfuegos	7	45	5	1	58
Santi Spiritus	25	60	9		94
Ciego de Avila	9	39	9	1	58
Camaguey	23	58	13	1	95
Las Tunas	12	39	11	2	64
Holguin	25	86	10	1	122
Granma	23	50	8		81
Santiago de Cuba	27	73	11	2	113
Guantánamo	16	32	7	1	56
Isla de la Juventud	2	7	1		10
TOTALES	270	966	169	25	1430

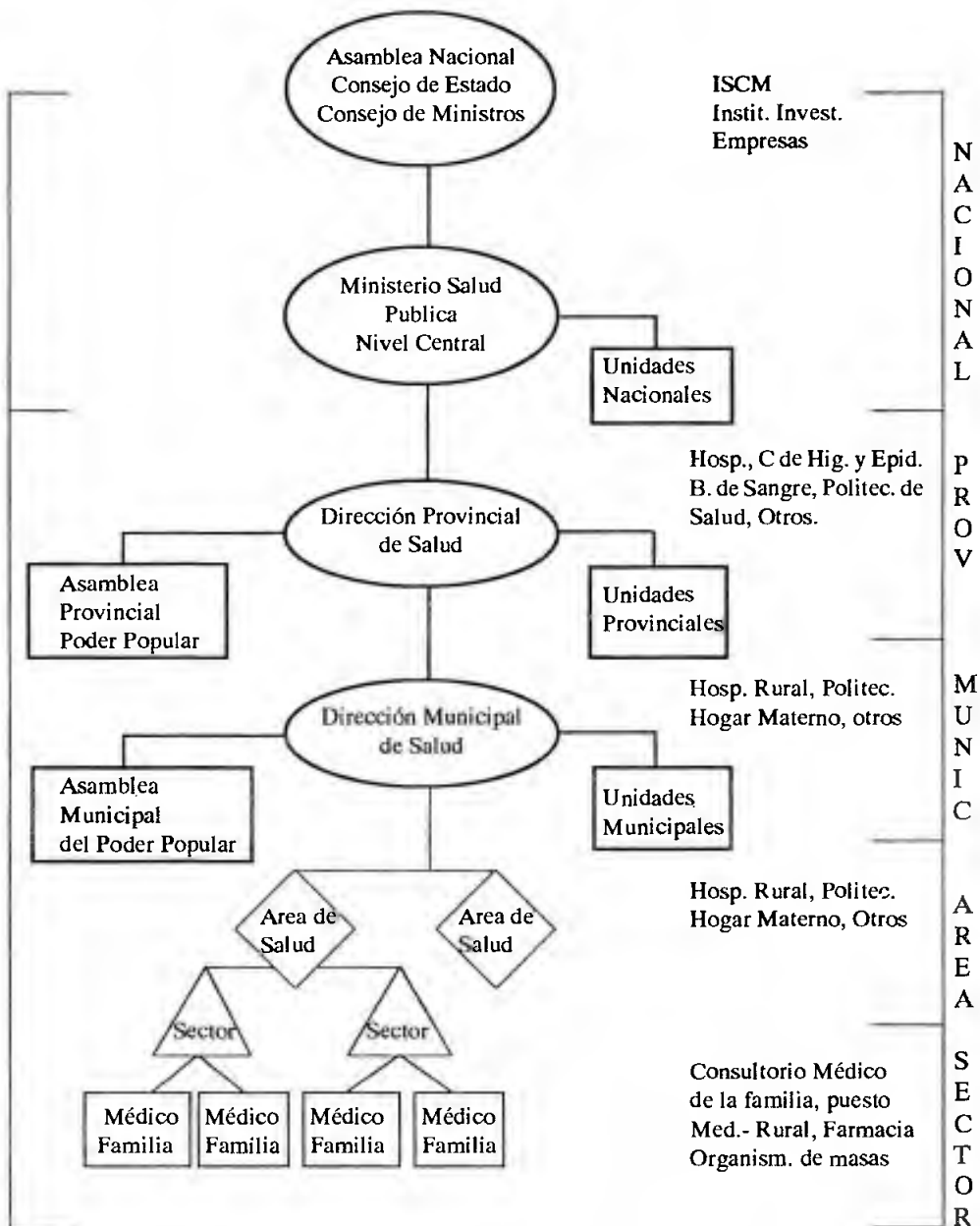
FUENTE: Banco de Datos,
Dirección de Estadística,
Ministerio de Salud Pública, 1994.

Una de las características más importantes del Sistema Nacional de Salud, ha sido la participación activa de la comunidad. Esta participación se traduce en la determinación de las necesidades, en la ejecución de las acciones y el control de la gestión. Se canaliza fundamentalmente a través de las organizaciones sociales y de masas, que agrupan a casi la totalidad de la población.

Existe una coordinación intersectorial entre el Gobierno, los diversos organismos de la economía y las organizaciones sociales y populares para la formulación de las políticas y la ejecución de las acciones encaminadas a mejorar y mantener los niveles de salud de la población .

La subordinación de los subsistemas de salud provinciales y municipales a los Organos Locales del Poder Popular, permite el desarrollo de las actividades de salud en estrecha coordinación con el resto de las direcciones y los organismos de su territorio con un enfoque intersectorial y con un control por parte de la comunidad.

Estructura Administrativa-Territorial del Sistema Nacional de Salud y Niveles de Atención Médica



6. LA PROTECCION A LA MATERNIDAD EN CUBA: EL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

La protección de la maternidad constituye un elemento de los distintos servicios concedidos a la mujer en su condición de madre y de trabajadora. La maternidad supone un proceso biológico durante el cual resulta necesario el descanso y surge la exigencia de prestar cuidados médicos y otorgar prestaciones monetarias en sustitución del salario dejado de percibir durante el tiempo de reposo. Cuando se aplican consecuentemente estas medidas, la protección alcanza también al niño, para asegurar su sano desarrollo.

La información que desde 1960 se fue obteniendo sobre las actividades relacionadas con los servicios médico-rurales, la integración de los servicios asistenciales al Sistema Nacional de Salud y las acciones dirigidas a reducir la mortalidad materna, condujo a la formulación de un nuevo plan materno-infantil cuya aplicación tenía por bases las posibilidades que ofrecía el desarrollo socioeconómico del país al iniciarse la década del 70 .

Este plan, encaminado a la prevención y protección de la madre y el niño, sigue entre otras directrices el establecimiento de normas técnicas de trabajo de pediatría y obstetricia, el establecimiento de metas en la atención prenatal y el parto institucional, el diagnóstico y la atención priorizadas a la embarazada de alto riesgo, la educación para la salud de la embarazada y el aumento de los recursos en camas de pediatría y obstetricia en los hospitales, el aumento de la cantidad de horas médicas para la atención ambulatoria de la embarazada y los niños, el aumento de la cantidad de consultas de puericultura, el desarrollo de los servicios de neonatología, la creación de hogares de recuperación infantil y de hogares maternos y la promoción de la lactancia materna. El programa es aplicado en todas las instancias que brindan atención a la mujer y al niño; su universo de trabajo abarca la población menor de 19 años y población femenina, desglosada en grupos de 15-49 años (edad fértil) y 50 años y más; y está orientado a mejorar cuantitativa y cualitativamente la atención

ginecobstétrica y pediátrica, dar prioridad a los grupos de riesgo, a mantener la tendencia descendente de la mortalidad materna, perinatal, infantil, preescolar, escolar y del adolescente. También se dirige a mejorar la organización y el funcionamiento de la atención ambulatoria a la mujer, al niño y al adolescente con la incorporación del Plan del Médico de la Familia, así como la reducción de la incidencia del recién nacido de bajo peso al nacer, lo cual redundará en la disminución de la mortalidad infantil y mejor calidad de vida.

Según datos ofrecidos por la UNICEF, en 1991 Cuba se encontraba situado entre los 25 primeros países del mundo con más baja tasa de mortalidad infantil.

Hoy el Programa de Protección a la Maternidad está consolidado, en él laboran más de 3 600 pediatras, neonatólogos y ginecobstetras. más de 1 800 se forman como residentes en estas tres especialidades, a lo que se une la fuerza de los médicos de la familia y enfermeras pediátricas.

La red de servicios que cubre todo el país y que incluye salas de terapia intensiva pediátricas y neonatológicas, cuidados especiales de perinatología, el desarrollo de la cardiocirugía infantil y los laboratorios para la detección prenatal de las malformaciones congénitas, entre otros, constituyen la base para una atención de alta calidad y avanzada tecnología, lo que, unido a la acción de promoción, prevención, curación y rehabilitación que brindan los médicos y enfermeros de la familia, deberá asegurar la continua mejoría de los indicadores de este grupo poblacional priorizado.

Protección de la mujer grávida en la esfera laboral

La mujer tiene garantizada la protección preferente establecida en la Constitución de la República. El texto constitucional declara la igualdad de derechos entre el hombre y la mujer en lo económico, político, social y familiar; y expresa que para garantizar el ejercicio de estos derechos y especialmente la incorporación de la mujer al trabajo, el Estado atiende a que se le proporcionen puestos de trabajo acordes con su constitución física, le concede licencia retribuida por maternidad, antes y después del parto, organiza instituciones tales como círculos infantiles, seminternados e internados escolares y se

esfuerzo por crear todas las condiciones que propicien el principio de la igualdad.

En este sentido, se reconocen especiales derechos a la mujer y al niño y se advierten principios que caracterizan la protección referente a la extensión del Sistema a todas las mujeres trabajadoras, la prohibición del despido y del trabajo nocturno durante el embarazo, el traslado de la mujer encinta a trabajos más convenientes a su estado, la conservación del salario, las licencias complementarias y la retribución en los períodos prenatal y posnatal.

En la esfera del trabajo, la protección de la mujer grávida se encuentra regulada por el Código de Trabajo, la Ley de Protección e Higiene del Trabajo y la Ley 1263 de 14 de enero de 1974, cuyas disposiciones tienden a lograr la más eficaz protección de la madre trabajadora y de su hijo dentro de los elementos proporcionados por el desarrollo de la vida cubana.

Así, el Código de Trabajo establece que "las mujeres grávidas o en disposición de tener descendencia no se emplearán en actividades u oficios que afecten su aparato ginecológico, la función reproductora o el normal desarrollo del embarazo", la Ley de Protección e Higiene del Trabajo dispone a su vez, que "la mujer embarazada que, debido a ese estado, se vea impedida de desempeñar el puesto de trabajo que ocupa, será trasladada, previo dictamen médico, a otro adecuado a sus posibilidades físicas y se liberará de la realización de trabajos en turnos de noche". En concordancia con dichas normas, la trabajadora que pasa a otro puesto de menor salario, continúa recibiendo el correspondiente a su plaza y, de no existir plaza para la ubicación, recibe el 50% de su salario.

La Ley 24 de 1979, mantuvo la vigencia de la Ley 1263 de 1974, Ley de Maternidad de la mujer trabajadora, cuyas disposiciones regulan los aspectos siguientes:

Licencia retribuida

Las disposiciones de la Ley 1263 de 1974 se ajustan a las posibilidades que tiene

el país en el campo de los servicios médicos y en el aspecto financiero. De este modo, el texto de dicha Ley amplía la licencia retribuida a 18 semanas y dispone que 12 de ellas se disfruten después del parto. Este término fue ampliado por una regulación posterior hasta que el niño cumpla los 6 meses de vida.

Como una forma de velar por la salud de la madre y del mejor desarrollo de la criatura, se establece la obligatoriedad de que la trabajadora recese en sus actividades al arribar a las 34 semanas de gestación y se le concede, sin pérdida del salario, los días necesarios para concurrir a las consultas médicas y estomatológicas durante el embarazo y a las consultas de puericultura hasta que el niño cumpla un año de edad. La Ley posibilita la extensión de la licencia prenatal hasta 8 semanas cuando existe error facultativo al determinarse la fecha del parto y en el caso de embarazo múltiple; y autoriza al Ministro del Trabajo, a propuesta de la Central de Trabajadores de Cuba, para disponer la licencia prenatal por períodos superiores a los que la Ley establece en aquellos puestos de trabajo que por razones especiales así lo requieran .

Requisitos para obtener la prestación económica

El derecho para obtener la prestación económica durante la maternidad está supeditado a dos requisitos: que la trabajadora tenga confeccionado su expediente, salvo que por negligencia administrativa no lo tuviera (todo trabajador contratado por más de seis meses tiene en su centro un expediente que recoge los hechos relativos a su vida laboral) y que haya trabajado no menos de 75 días en los 12 meses anteriores al inicio de su disfrute.

Cuantía de la prestación económica

Esta prestación es igual al promedio de ingresos semanales que, por concepto de salarios y subsidios, perciba la trabajadora en los 12 meses inmediatos anteriores al inicio de su disfrute y nunca puede ser inferior a 20 pesos semanales, límite mínimo fijado por la legislación.

Licencias complementarias

Tres licencias complementarias regula la Ley de Maternidad, dos de las cuales han sido referidas ya: una para la atención médica y estomatológica de la mujer con anterioridad al parto y otra facilita la atención pediátrica al niño durante su primer año de vida; la tercera, no retribuida, asegura el cuidado del niño hasta que cumpla un año de edad en caso de que lo requiera.

Así, la madre impedida de asistir al trabajo por razón del cuidado de sus hijos tiene derecho a disfrutar de licencia no retribuida hasta que el niño cumpla un año de edad, si ésta se inicia al vencimiento de la licencia postnatal o con posterioridad a ella; o hasta seis meses, la que se le concede a las madres trabajadoras con hijos menores de 16 años de edad. Esta licencia puede ser disfrutada en períodos cortos, no inferiores a una semana, acumulables hasta agotarse los términos máximos establecidos para ella .

7. PROGRAMA NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL AL ANCIANO

En la atención integral al anciano el desarrollo de los programas y servicios médicos y sociales reviste la mayor importancia, pues constituyen el fundamento lógico para lograr que las personas de la tercera edad obtengan el mayor bienestar posible.

A partir de la década de los 80, se producen cambios trascendentales en la política de atención al anciano determinados por múltiples factores. En 1982 se celebra en Viena la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud; Cuba participa y suscribe los acuerdos de la misma en relación con el cuidado del anciano en los aspectos de promoción y atención médica y social; y en este mismo año el Ministerio de Salud Pública crea el Grupo Nacional de Geriátrica y Gerontología, como elemento asesor, y algunos grupos provinciales con igual función.

En 1984 el referido Ministerio crea también la especialidad Geriátrica y Gerontología, la cual se ocupa de los procesos y enfermedades que ocurren tanto en la etapa de envejecimiento como en la ancianidad. En la actualidad el país cuenta con 149 médicos dedicados a la geriatría y se trabaja en el perfeccionamiento y actualización del personal paramédico y de todas aquellas personas que intervienen en la atención al anciano.

En 1950 vivían en Cuba casi 400 mil personas de 60 años o más. Treinta años después se alcanzaba una cifra superior a un millón de personas y se espera que para el año 2000 existan más de un millón y medio de ancianos. Proporcionalmente estos datos indican que en 1950 las edades de 60 años o más abarcaban el 6,7% de la población total y llegaron hasta el 10,8% en el censo de 1981. La proyección para el año 2000 prevé que el 13,5% de los habitantes tenga 60 años o más, proporción que alcanzará el 21% en el año 2025.

En 1984 la Asamblea Nacional del Poder Popular aprobó un plan de recomendaciones propuesto por el Ministerio de Salud Pública para la atención al anciano, así como el apoyo y la responsabilidad de otros organismos en relación con los objetivos de dicho plan. Este incluye:

- la atención al anciano en su domicilio;
- el desarrollo de casas de abuelos o plazas diurnas en hogares de ancianos con el objetivo de mantener el vínculo familiar;
- la creación de círculos o clubes de abuelos;
- la creación del sistema de hospedaje para ancianos;
- el desarrollo de la red de hogares de ancianos al nivel municipal, lo que permite mantenerlos cerca de la familia.

La puesta en marcha de estas medidas por parte de los organismos comprometidos y fundamentalmente por el Ministerio de Salud Pública, determinó que éste dictara los "Lineamientos Básicos de la Atención al Anciano" recogidos en 8 puntos:

- a) profilaxis de la vejez prematura por enfermedad;
- b) mantener al anciano vinculado con la familia y con la comunidad;

- c) estimular la permanencia en el trabajo, el mayor tiempo posible después de la edad de jubilación;
- ch) perfeccionamiento permanente del nivel técnico del personal: médicos, técnicos medios de la salud, trabajadores sociales y de todo el personal que participa en la atención al anciano;
- d) promover en los familiares y en la sociedad la atención, la protección, la consideración y el respeto al anciano;
- e) la organización del tiempo libre (tareas culturales, sociales, productivas, etc.);
- f) estimular el derecho a participar en el desarrollo del país y en el goce de los beneficios de ese desarrollo;
- g) promover estudios e investigaciones médicas y sociales sobre la población anciana.

Paralelamente se adoptaron otras medidas tales como la confección del "Programa de Atención al Anciano Institucionalizado y en la Comunidad", reglamentación del trabajo en las salas de impedidos de los hogares de ancianos y creación del Programa de Terapia Ocupacional y Fisioterapia.

La labor de los médicos de la familia distribuidos por todo el territorio nacional, con una concepción amplia del hombre y de la convivencia en su medio, permite practicar una medicina científica y humanista, de profunda orientación social dentro de la atención primaria, a fin de lograr que las personas de edad avanzada mantengan una vida independiente en el seno de sus propias familias y comunidades durante el mayor tiempo posible.

El anciano recibe en el nivel primario de salud un conjunto de atenciones que propenden a evitar o erradicar incapacidades físicas y mentales y comprenden:

- la dispensarización con chequeos periódicos y programados en ancianos su- puestamente sanos y en portadores de patologías crónicas;
- la valoración psico-física para el establecimiento de rehabilitación física, psíquica y social;

- la valoración nutricional, para evitar malos hábitos que los lleven a enfermedades incapacitantes por déficit o exceso, estableciéndose un programa nacional al efecto;
- el apoyo para el desarrollo de movimientos grupales espontáneos en las comunidades, como son los círculos de abuelos que mediante ejercicios físicos y actividades culturales y sociales mantienen y reinsertan al anciano en la sociedad y la familia y, al mismo tiempo, propenden a la actividad física, psíquica y social. El total de círculos de abuelos en la actualidad es de 7 mil, distribuidos en el territorio nacional. Los clubes y asociaciones de jubilados de los diferentes sectores laborales son también agrupaciones sociales de personas mayores, regidas y administradas por ellas mismas, que las mantienen activas e integradas a la comunidad y a la sociedad;
- el desarrollo de programas contra factores de riesgos, en coordinación con otros organismos del Estado y organizaciones no gubernamentales, como son, la prevención de accidentes y la lucha contra el sedentarismo, la obesidad, el hábito de fumar, etc.

La atención institucional del anciano se presta por medio de 169 hogares de ancianos, instituciones regidas por un programa de atención médico-social que incluye, además de la rehabilitación ya descrita, la realización de actividades integradas con el anciano y la familia. Están organizadas en dos regímenes: régimen interno con 10513 camas, para ancianos con mayores limitaciones, y régimen externo para ancianos que reciben todas las atenciones que ofrece la institución, pero retornan al seno familiar en horas vespertinas.

Asimismo, existen 44 casas de abuelos o centros de atención diurna. En estos centros, dirigidos a ancianos válidos, reciben las mismas atenciones que se brindan en los hogares de ancianos.

Dentro de la atención institucional también se crearon 12 salas de geriatría en los hospitales generales, como complemento de la atención primaria.

El hospital de día geriátrico es otra opción para la atención al anciano concebida como un método más humano y económico para atender a pacientes no gravemente enfermos, aunque necesitados de una supervisión médica especializada y diaria. En la actualidad funcionan 6 hospitales con esas características. Existen 2 salas de psico-geriatria.

8. EL PLAN DEL MEDICO DE LA FAMILIA

A partir de 1984 se ha desarrollado una nueva forma de atención médica con el establecimiento del "Plan del Médico de la Familia" mediante el cual un médico y una enfermera que residen en la propia comunidad brindan atención a 600-700 personas residentes en un área determinada, así como a las instituciones infantiles, escuelas y centros de trabajo ubicados en esa área, los cuales cuentan con el apoyo y control de acción del policlínico correspondiente. Esta actividad ha representado una etapa cualitativamente superior en la atención ambulatoria.

Sus objetivos concretos consisten en promover la salud, prevenir la aparición de enfermedades y daños a la salud de la población, garantizar el diagnóstico precoz y la atención médica integral ambulatoria y hospitalaria oportuna, así como desarrollar la rehabilitación con base comunitaria.

Como parte de su labor, el médico de la familia forma parte de un grupo básico de trabajo, constituido por 15 ó 20 médicos y enfermeras de la familia del área de un policlínico u hospital rural, al cual también se integran los profesores de medicina interna, obstetricia y ginecología, junto a la supervisora de enfermería y la trabajadora social.

Por su parte, los especialistas de dichas áreas básicas llevan a cabo interconsultas y controles, análisis evaluativos y actividades docentes y colaboran con investigaciones de salud en los consultorios del médico de la familia, lo que da lugar a un permanente intercambio de criterios del médico de la familia con

los especialistas. Estas consultas se organizan de acuerdo con las necesidades de los pacientes, incluso se pueden realizar en los hogares si el médico de la familia lo estima necesario.

El equipo de trabajo colectivo integrado en la vida de la comunidad local organiza y coordina actividades que son de enorme importancia para la salud de diversos grupos que enfrentan riesgos específicos. Los círculos de abuelos, centros de fomento de la salud, recreación y actividad física diaria, existentes en todas las localidades, son una expresión ejemplarizante de la actividad del médico de la familia. También a esta categoría pertenecen los círculos de adolescentes, que permiten un trabajo intensivo en el campo de la educación sobre la sexualidad y la salud de la reproducción.

MEDICOS DE LA FAMILIA 1993			
PROVINCIA	CANTIDAD	PROVINCIA	CANTIDAD
Pinar del Rio	1510	Camaguey	1445
Habana	1174	Las Tunas	658
Ciudad de la Habana	5404	Holguin	1494
Matanzas	1120	Granma	1268
Villa Clara	2030	Santiago de Cuba	2470
Cien fuegos	755	Guantanamo	860
Santi Spiritus	906	Isla de la Juventud	198
Ciego de Avila	729	TOTAL	22021

FUENTE: Dirección Nacional de Atención Ambulatoria
Ministerio de Salud Pública, 1994.

En diciembre de 1993 se contaba con 22021 médicos de la familia y una creciente cobertura hoy superior al 90,9% de la población. Su potencialidad para transformar los estilos de vida de la población, contribuir a la formación de la cultura sanitaria, tratar el riesgo antes que la enfermedad, y brindar una atención continua, confiere un papel significativo al médico y enfermero de la familia dentro del Sistema Nacional de Salud.

Este Sistema se ha consolidado y ampliado y, con ello, posibilitado el acceso gratuito de los servicios en los distintos niveles de atención a todos los habitantes del país, sin distinción alguna. El principio de universalización de tales servicios se enlaza a las acciones para proteger la salud con carácter integral, a través de un proceso que se concreta en los planes efectivamente aplicados desde 1959 y que se revela en los usuales indicadores relacionados con la salud.

Paralelamente a la extensión del Plan del Médico de la Familia, se ha producido un avance en la introducción de recursos médicos y tecnológicos para el desarrollo integral de las distintas especialidades, en la biotecnología y en la industria médico-farmacéutica

9. OBJETIVOS Y DIRECTRICES PARA INCREMENTAR LA SALUD CUBANA PARA EL AÑO 2000

Específicos:

1. Disminuir la mortalidad y morbilidad de las enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud, que constituyen las principales causas de morbilidad y muerte en el adulto.
2. Mantener y mejorar la situación de salud alcanzada en las enfermedades infecciosas y parasitarias, y enfatizar en aquellas donde no se han podido resolver mediante la aplicación de inmunobiológicos.

3. Consolidar y mejorar los niveles alcanzados en la salud de la madre y el niño.

Para alcanzar los objetivos previstos para el año 2000, el Ministerio de Salud Pública ha emitido una serie de directrices que contienen las líneas principales de acción en que se concentrarán las fuerzas de la organización.

Dada su índole y concepción estratégica, unas tienen carácter general y otras representan las acciones específicas.

Las directrices generales están dirigidas a fortalecer y perfeccionar el sistema en su conjunto, de modo que éste sea capaz de enfrentar organizativamente el gran esfuerzo necesario para alcanzar los objetivos que para mejorar la salud de la población se proponen y por lo tanto su cumplimiento, prepara a la organización para ejecutar las directrices específicas que son aquellas que expresan acciones cuyo efecto es directo sobre las causas de enfermedad y muerte que se proyecta reducir.

A partir de los años 80 el Sistema Nacional de Salud alcanza la madurez y se caracteriza por:

- El advenimiento del Médico y la Enfermera de la Familia como estrategias de atención primaria, lo que ha revolucionado los policlínicos, hospitales y demás unidades del Sistema.

- La creación de grandes instituciones de salud que constituyen un sólido pilar para el desarrollo científico-técnico del Sistema, el desarrollo de los hospitales provinciales y las Facultades de Ciencias Médicas, la maduración de los Institutos de Investigación, el Centro de Neurotrasplante, los Cardio-centros y el programa de desarrollo de 35 especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas.

- La introducción acelerada de tecnología de avanzada como: la Ultrasono-

grafía, la Tomografía Axial Computarizada, la Resonancia Magnética nuclear, la Oxigenación Hiperbárica, el diagnóstico y pesquizaje de varias enfermedades.

- El programa de desarrollo acelerado de la Industria Médico-farmacéutica, en el que se han obtenido relevantes resultados como son: la vacuna contra la meningitis meningocócica tipo B, la vacuna contra la hepatitis B, los interferones, los anticuerpos monoclonales, el factor de crecimiento epidérmico y la melagenina, todo esto unido al desarrollo de equipos de alta tecnología.

El desarrollo de los programas de salud bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública ha consolidado un sistema que descansa, como ya se ha expresado, en la responsabilidad estatal respecto a la protección y recuperación de la salud de los ciudadanos, mediante acciones económicas y medidas que, a tal fin, parten de los principios de gratuidad y accesibilidad de todos los servicios. Se trata de acciones sujetas a una planificación que orienta la asistencia con carácter preventivo-curativo y se apoya en la participación popular en las campañas sanitarias.

Tales principios, efectivamente aplicados, garantizan que la totalidad de los habitantes del país, independientemente del lugar donde vivan y trabajen, de su profesión, participación social y nivel de ingresos, tenga iguales oportunidades de recibir atención completa de salud y de utilizar, si para ello es necesario, las más complejas formas de asistencia de los especialistas de la más alta calificación y la tecnología médica más avanzada.

VI

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA
DE SEGURIDAD SOCIAL

El financiamiento de la seguridad social ha sufrido diversas modificaciones a partir de 1959. Las instituciones de seguro existentes en esa fecha aplicaban el esquema clásico del seguro social: contribución del empleador y del asegurado y, eventualmente, algunas instituciones recibían subsidio estatal; pero en 1962 se suprimió la obligación de cotizar a los trabajadores asalariados, y se estableció el principio de contribución exclusiva del empleador. Esta contribución equivale al 12% del importe del total de salarios que se abona a los trabajadores y constituye uno de los capítulos de ingresos del presupuesto nacional, el cual asume como una obligación del Estado el pago de las prestaciones monetarias de la seguridad social, al igual que con el resto de los servicios sociales (salud, educación, etc.).

En lo que respecta al seguro social establecido en la Ley número 1165 de 1964 para los trabajadores independientes, éstos deben cotizar mensualmente con el 10% del salario convencional por el que cada uno haya optado.

A su vez, el régimen de las cooperativas agropecuarias contenido en el Decreto - Ley número 127 de 1991 tiene establecido como contribución a la seguridad social un 3% del valor de sus ventas.

La contribución de los empleadores no determina el monto de los recursos financieros disponibles para la seguridad social ni condiciona la cuantía de las prestaciones. Corresponde al "Plan único de desarrollo económico-social" la determinación de la parte de la renta nacional que debe destinarse a la política social y, dentro de ella, a la seguridad social.

Al aplicar el criterio de que la seguridad social constituye una obligación indeclinable del Estado y debe, en consecuencia, ser financiada por el presupuesto estatal, se considera que el financiamiento así conceptualizado garantiza la aplicación cabal del principio de universalidad, sin afectación de la cuantía y calidad de las prestaciones cuando se extienden a personas de poca o ninguna capacidad de ingresos y sin elevar las contribuciones a niveles insostenibles

cuando aumenta el costo de los servicios dispensados o disminuye el número de asegurados. El financiamiento se asume por el Estado, no como una carga, sino como una inversión dirigida a garantizar el capital humano necesario para los programas de desarrollo material y espiritual.

El presupuesto del Estado constituye el plan fundamental para la formación y utilización del fondo centralizado de recursos financieros, por medio del cual se distribuye y redistribuye una parte sustancial del ingreso nacional destinado al fomento de la economía nacional y al incremento del bienestar material y cultural de la sociedad. En la asignación de recursos para las distintas actividades que comprenden el "Plan único de desarrollo económico-social" se procura garantizar un equilibrio, en términos globales, entre las necesidades y las posibilidades de la economía nacional.

El anteproyecto del presupuesto de gastos de la seguridad social, que es parte del presupuesto central, se elabora anualmente por el Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, que lo presenta al Comité Estatal de Finanzas, y este a su vez elabora el anteproyecto de presupuesto del Estado, de presupuesto central y de los presupuestos provinciales que entrega al Consejo de Ministros. El Consejo prepara el proyecto de presupuesto del Estado para el conocimiento de la Asamblea Nacional del Poder Popular, donde es discutido y aprobado para su puesta en vigor desde el primero de enero hasta el 31 de diciembre de cada año.

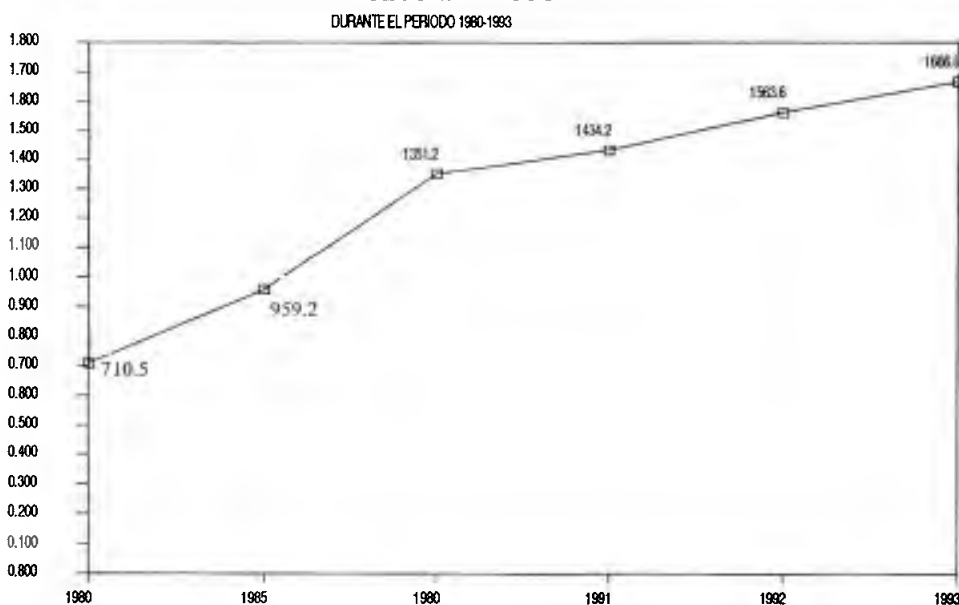
La integración del presupuesto central y los presupuestos provinciales en el presupuesto del Estado, garantiza mediante la redistribución de los recursos financieros entre los mismos la financiación del "Plan único de desarrollo económico-social del Estado" y el desarrollo económico y social de los respectivos territorios.

A diferencia de la seguridad social, el presupuesto de la asistencia social es descentralizado. El anteproyecto del presupuesto de gastos es elaborado a instancia provincial y propuesto al Comité Estatal de Finanzas, el que, oído el parecer del Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, lo propone al

Consejo Provincial de Administración como partida de gastos en los presupuestos provinciales.

El financiamiento mediante el presupuesto estatal ha permitido asignar las cifras necesarias para abonar puntualmente las obligaciones derivadas del Sistema de Seguridad Social, no obstante las serias dificultades por las que atraviesa la economía.

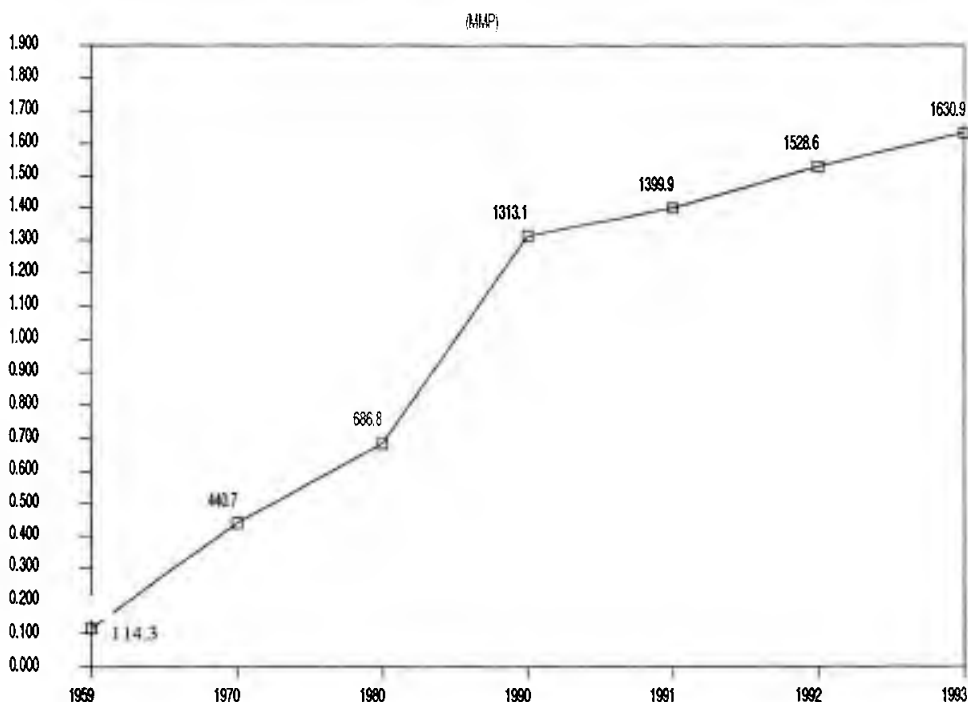
EGRESOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL



Fuente: Banco de Datos,
Dirección de Seguridad Social y Asistencia Social,
Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, 1994

De año en año se ha incrementado notablemente el gasto del régimen de seguridad social por el aumento de la cantidad de pensiones otorgadas al amparo de los regímenes componentes del Sistema, la elevación de su cuantía y la carga financiera proveniente de la incorporación al régimen de los trabajadores asalariados, de las indemnizaciones, subvenciones y otros beneficios concedidos fuera del marco de las leyes de jubilaciones y pensiones.

GASTOS DEL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL



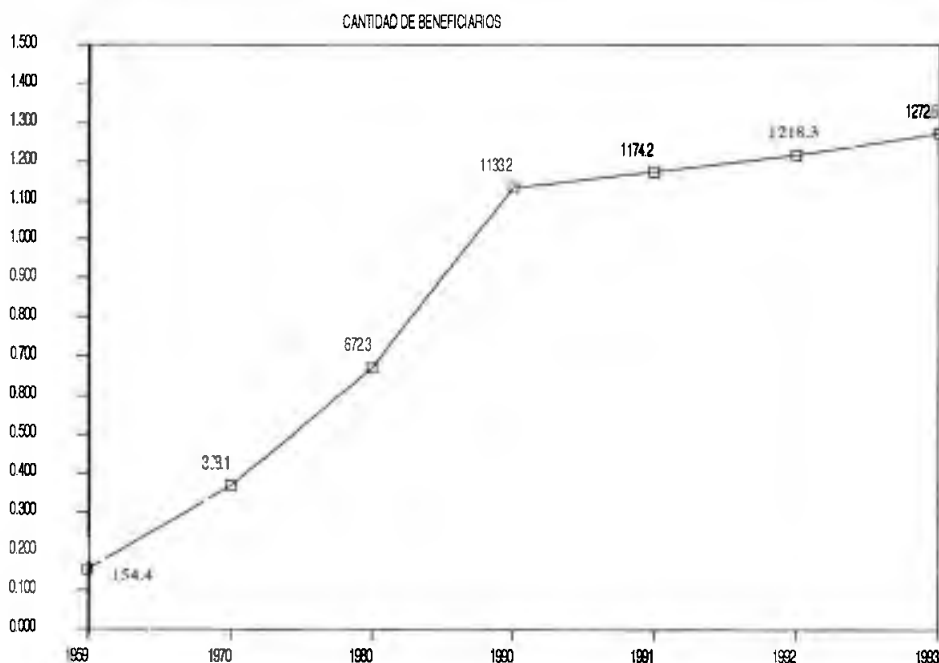
Fuente: Banco de Datos,
Dirección de Seguridad Social y Asistencia Social,
Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, 1994

En el año 1993 el importe total del gasto del régimen de seguridad social ascendió a 1630,9 millones de pesos, lo que significa un crecimiento de 2,4 veces con relación al año 1980. El incremento promedio anual fue de 6,9%. Las proyecciones actuariales realizadas muestran que para el año 2010 el gasto debe estar próximo a los 3500 millones de pesos, suponiendo que no ocurran cambios en la legislación de seguridad social y ejerzan su derecho a jubilarse todas las personas que alcancen los requisitos establecidos.

Al finalizar el año 1993 el sistema de pensiones contaba con 1 272 600 pensionados vigentes. De ellos los pensionados por edad constituyen el 48,4%

del total y el 73,4% son hombres, en tanto el 26,6% mujeres. Los pensionados por invalidez total (23,4% del total) están constituidos por un 52,2% de hombres y el 47,8% mujeres. En 1980 el número de pensionados de la seguridad social ascendía a 672 283, por lo que la cifra de 1993 significa un crecimiento en la masa del 89,3%. En este período hicieron uso de su derecho a pensionarse alrededor de un millón de trabajadores.

EVOLUCION DEL REGIMEN DE PENSIONES

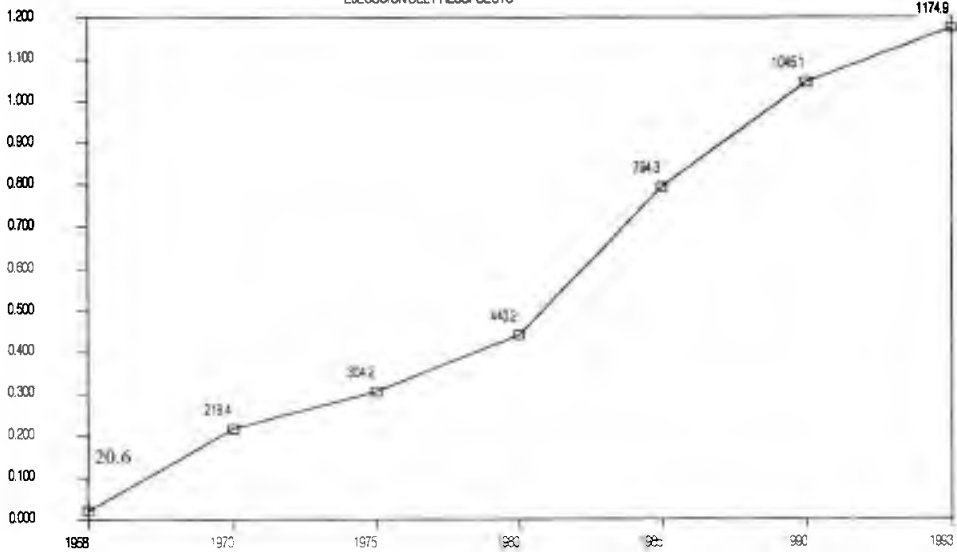


En la cuantía media se observa un sentido ascendente, muy influido por los incrementos de las pensiones dispuestos en 1981, 1987 y 1992. Los aumentos ejecutados por estas revalorizaciones ascendieron a unos 80 millones de pesos anuales por cada uno de los incrementos realizados.

Con relación al gasto del régimen de asistencia social, éste mantuvo un ritmo creciente hasta 1990, fecha a partir de la cual comenzó a decrecer debido a la disminución de los jóvenes llamados a cumplir el Servicio Militar Activo que

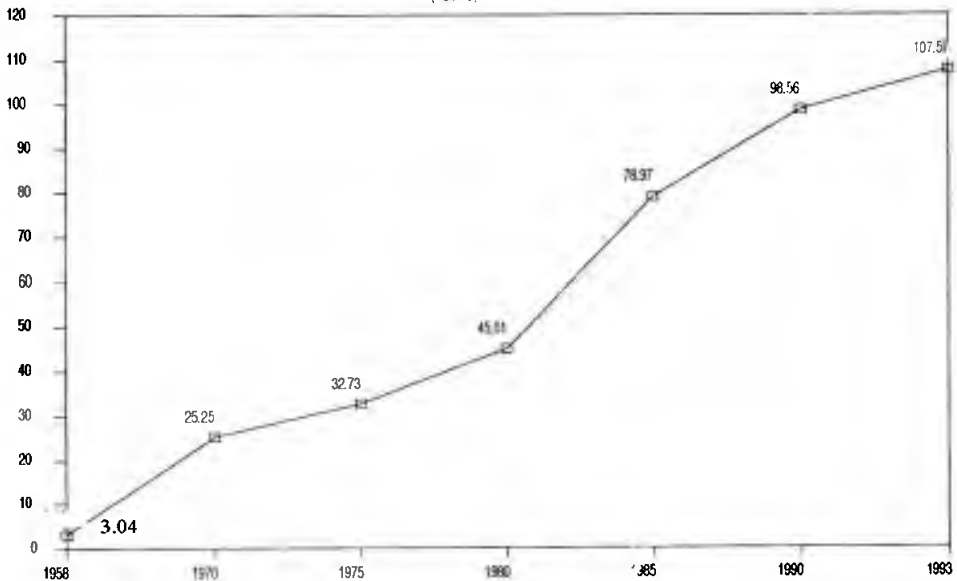
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

EJECUCION DEL PRESUPUESTO



GASTOS POR HABITANTE

(PESOS)



FUENTE: Banco de datos,
Dirección Nacional de Estadísticas,
Ministerio de Salud Pública, 1994

* 1993 Cifra preliminar

La población cubana viene experimentando un proceso de envejecimiento, como lo expresa el cuadro inserto. Cuba se encuentra en la última fase de la transición demográfica, caracterizada por pequeñas tasas de fecundidad y mortalidad determinantes de un crecimiento poblacional bajo, cercano al 1% y, a pesar de que el proceso de envejecimiento es todavía reciente, su rapidez ha situado al país en breve plazo cerca de los niveles que presentan los países desarrollados y por encima de la media de América Latina.

Este envejecimiento poblacional, consecuencia en gran medida de la política de desarrollo aplicada por la Revolución, no puede valorarse como algo negativo, sino todo lo contrario, por ello se impone la necesidad de evaluar previsoriamente los cambios necesarios en la organización social y laboral, para la utilización más adecuada de una fuerza de trabajo en que predominarán los trabajadores con edades más altas que las actuales. No es posible asimilar un aumento indiscriminado del número de jubilados ni privar a la sociedad de una creciente cantidad de trabajadores de buena calificación y mucha experiencia, cuyo empleo en condiciones apropiadas les facilitaría proseguir sus aportes al desarrollo social y satisfacer plenamente sus aspiraciones personales.

El posible establecimiento de mecanismos que permitan la jubilación flexible, la búsqueda de opciones para la incorporación o reincorporación laboral de los adultos mayores, la adaptación de puestos de trabajo, etc., son algunas de las alternativas que deberán ser evaluadas y en su caso aplicadas de acuerdo con los requerimientos del desarrollo socioeconómico del país y la evolución de sus recursos humanos.

EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA POR EDADES				
	TOTAL	0-14	15-59	60 y más
Población (miles)				
1960	6985	2393	4036	556
1990	106008	2412	6940	1256
Porcentaje de la población				
1960	100	34.2	57.9	7.9
1990	100	22.7	65.5	11.8
Tasa de crec. media anual				
1960-1900	1.4	0.03	1.8	2.7
Incremento (miles)				
Porcentaje del incre. total	100	0.5	80.2	19.3

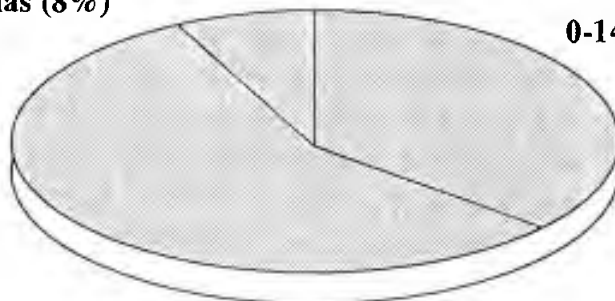
Fuente: Banco de Datos,
Dirección de Seguridad Social y Asistencia Social,
Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, 1994

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDADES

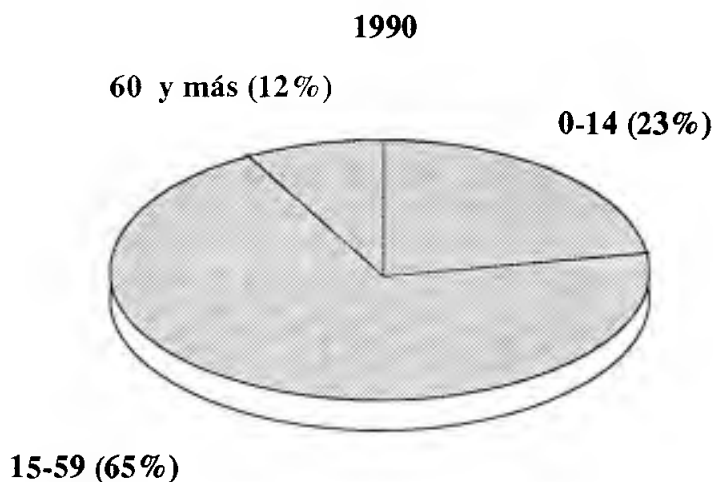
1960

60 y más (8%)

0-14 (34%)



15-59 (58%)



Fuente: Banco de Datos,
Dirección de Seguridad Social y Asistencia Social,
Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, 1994

Las previsiones incluidas en los estudios que se vienen realizando se ligan a la voluntad política de mantener en el "Plan único de desarrollo económico-social" una fuerte inversión en el área social que permita preservar el capital humano formado en las últimas tres décadas y continuar incrementándolo.

Cuba cuenta con más de 32 mil trabajadores vinculados directamente a unidades de ciencia y técnica; 12 mil profesores universitarios están sumados a la investigación; existen 204 centros e institutos de investigaciones productivas; en la ciencia se invierten 25 U.S.D. anuales por habitante; y el país tiene 1 005 científicos por millón de habitantes, al nivel de naciones como España e Italia.

Este capital humano ha proporcionado el potencial científico-técnico necesario para generar los recursos imprescindibles que permiten resistir las di-

dificultades económicas por las que atraviesa el país actualmente y continuar un desarrollo austero, con el amplio sentido de justicia social que garantice el empleo o protección social, educación, salud y seguridad social a toda la población.

VII

BIBLIOGRAFIA

1. ARGUELLES VARCARCEL, FELIX M. La Seguridad Social en Cuba, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana 1988.
2. COLECTIVO DE AUTORES. Monografía sobre el envejecimiento de la población, las características de la fuerza de trabajo y la jubilación en Cuba, Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, 1991.
3. COLECTIVO DE AUTORES. 24 años de Revolución en la Seguridad Social cubana, Dirección de Seguridad Social, Departamento de Divulgación, Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, La Habana, 1983.
4. COMITE ESTATAL DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. La atención al discapacitado en Cuba. Fin de la década del programa de acción mundial para las personas con discapacidad (1983 - 1992). La habana, 1993.
5. COMITÉ ESTATAL DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. La experiencia cubana, Mesa redonda, Evolución actual de las pensiones, Reunión Técnica de la Comisión Americana Jurídico Social, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México, Diciembre de 1993.
6. HERNANDEZ CASTELLON, RAUL. El envejecimiento de la población en Cuba, Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana.
7. HERNANDEZ CASTELLON, RAUL. La revolución demográfica en Cuba, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1988.
8. FAO, OPS, OMS. Informe de Cuba a la Conferencia Internacional sobre nutrición, 1992.
9. INSTITUTO NACIONAL DE LA VIVIENDA. Cuba, política de desarrollo habitacional, La Habana, 1988.
10. INSTITUTO NACIONAL DE LA VIVIENDA. La informalidad urbana

y la vivienda, La Habana, 1988.

11. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Cuba, Programa mundial de acción-

Cumbre mundial en favor de la infancia, La Habana, 1991.

12. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1993-2000, Editorial de Ciencias Médicas, La Habana, 1992.

13. PEÑATE RIVERO, ORLANDO. Cambios en la naturaleza y el alcance de los servicios sociales en el proceso de desarrollo económico y social de la República de Cuba, Seminario Internacional sobre la experiencia nacional adquirida al introducir cambios sociales y económicos de largo alcance para fines de progreso social, Tashkent, URSS, Diciembre de 1989.

14. UNICEF, UNFPA, OPS, OMS, MINSAP. El Plan del Médico de la Familia en Cuba, 1992.

La Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), por indicaciones de su Presidente, licenciado Genaro Borrego Estrada, se ha propuesto llevar a cabo un importante programa editorial para cumplir de mejor manera con sus finalidades fundamentales consistentes en recopilar y difundir los avances de la seguridad social.

La Conferencia concentra sus esfuerzos en la publicación de documentos cuyo propósito es lograr una seguridad social eficiente, ante las necesidades sociales, y procurar que su contenido sea de interés general y comprenda una extensa variedad de temas. Su programa editorial responde, por lo tanto, a las demandas constantes de las instituciones de seguridad social del continente, para contar con un mayor número de publicaciones en las que quede constancia y testimonio de los diferentes trabajos que realizan, y a la generación de documentos útiles a las instituciones por parte de los órganos de la CISS, las Subregiones y del Sistema de información de la Seguridad Social Americana. Se publican dos colecciones: monografías de seguridad social de los países representados en las CISS y libros especializados en temas de seguridad social. Queda a las instituciones el compromiso de acentuar su participación, para enriquecerlas con sus experiencias acumuladas. Asimismo la edición de su Boletín Informativo con periodicidad mensual, su Revista Seguridad Social, bimestral, y el Atlas de la Seguridad Social Americana, dan respuesta a las mismas demandas institucionales.

La presente publicación forma parte de este programa integral de difusión editorial, que realiza la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.