AÑO V MARZO - ABRIL DE 1950 No. 20

SEGURIDAD SOCIAL

Revista de la

Asociación Internacional de la Seguridad Social

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

SECRETARÍAS GENERALES DE LA A.I.S.S. Y DE LA C.I.S.S.
EDITADA EN MEXICO, D. F.
Paseo de la Reforma 476 - 8º piso

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.

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO V FEBRERO-MARZO DE 1956 No. 20

INDICE:

El Seguro Social Portugués por *Antonio Leao* 5

Ley Orgánica de Seguridad Social en Nicaragua 27

Reglamento del Seguro Social del Ingeniero Civil de la República de Cuba 42

Situación del Médico en los Regimenes de Seguridad Social por el *Dr. Oscar Cordido M.* 91

La Distribución de los Médicos en la República Mexicana por el *Prof. Miguel Huerta* 97

NOTICIAS DE SEGURIDAD SOCIAL

a) Internacionales

Las condiciones de Vida y de Trabajo de las poblaciones indígenas de los países independientes 101

Asociación Internacional de la Mutualidad. Cuarta Asamblea General 102

b) Nacionales

Filipinas.- Aplazamiento de la implantación del régimen de Seguro Social 104

Guatemala.- La Seguridad Social en la Nueva Constitución 104

Panamá.- Inclusión en el Seguro Social de ciertos empleados públicos 105

República Dominicana.- Nuevo Texto de la Constitución proclamada el 1o. de diciembre de 1955 por la Asamblea Revisora de la Carta Fundamental del Estado 106

Venezuela.- Extensión de la Aplicación de los Seguros Sociales Obligatorios de Enfermedad - Maternidad y Accidentes y Enfermedades Profesionales 107

BIBLIOGRAFIA

La Seguridad Social, Bases, Evoluciones, Importancia Económica, Social y Política por *García Cruz, Miguel* 108

Problemas Técnicos y Jurídicos del Seguro Social por *Herrera Gutiérrez, Alfonso* 109

LEY ORGANICA DE SEGURIDAD SOCIAL EN NICARAGUA

La República de Nicaragua acaba de promulgar un sistema completo de Seguridad Social, viniendo, con ello, a incorporarse al proceder general de las Repúblicas de América Latina y lográndose, por tanto, el ámbito interamericano del seguro social.

El sistema de seguridad social nicaragüense está estructurado dentro de los más progresivos y modernos principios, no logrados aún, corrientemente, por la legislación positiva, sobre todo la latinoamericana, y puede suponer, quizá, una nueva pauta en la renovación, progreso y extensión del seguro social de América, en marcha hacia la seguridad social.

Hasta la fecha la previsión social que Nicaragua había creado estaba encuadrada en los términos clásicos de protección laboral. El Código del Trabajo de 1945, modificado en 1953, contiene las medidas de protección del riesgo profesional y de la maternidad, y aún en cierta medida de la enfermedad, obligando a la empresa la curación y la indemnización correspondientes, cuando ocurriese accidente del trabajo o enfermedad profesional, la asistencia médica del obrero enfermo por consecuencia de las condiciones climatológicas del lugar del trabajo y la protección de la mujer, en ocasión del parto.

Por otra parte, como es usual en el proceder de las repúblicas americanas, se crearon ciertas instituciones de previsión social particularizadas según riesgo y profesión, como son la Caja de Jubilaciones, Pensiones y Subsidios para Obreros y Empleados Ferroviarios (1940), el fondo de Pensiones y Ahorro de los Empleados del Banco Nacional (1940), la Oficina de Retiros y Pensiones de la Guardia Nacional (1949), y el Régimen de Jubilaciones de Maestros (1930).

No se había, pues, llegado a legislar en materia de seguro social propiamente dicho, y es la Constitución de 1950 la que establece las bases para éllo. Así, dice, en su artículo 97: "El Estado establecerá el Instituto Nacional de Seguridad Social a favor de los trabajadores para cubrir los riesgos de enfermedades comunes, invalidez, ancianidad, etc. mediante racional concurrencia del Estado, del beneficiario y del patrón".

A partir de esta fecha y con esta base Constitucional se empieza a dar los primeros pasos para confeccionar las bases de la seguridad social, creándose dentro del Ministerio del Trabajo, el Departamento de Seguridad Social que realizó los estudios preliminares necesarios a base de encuestas que permitieron

conocer la situación socio-económica del país (vías de comunicación, distribución de la población, natalidad, morbilidad, industrialización, etc.), y de estudios técnicos preliminares en colaboración con los Ministerios de Economía, Agricultura, Salubridad, Fomento, Trabajo, Dirección de Estadística, así como de la Banca y de las Asociaciones Profesionales, tomándose también en cuenta las diversas resoluciones de seguridad social logradas por la Organización Internacional del Trabajo, la Asociación Internacional de la Seguridad Social y el Comité Interamericano de Seguridad Social.

Con todo ello, se logró un valioso material informativo y ordenador, que constituyó el anteproyecto de lo que debía ser la Ley Orgánica de Seguridad Social de 1955, que piensa ser editado bajo el título de "Antecedentes del Seguro Social en Nicaragua".

Ahora bien, el legislador no se ha concretado a normar un sistema dentro de la concepción clásica del seguro social sino que ha ido más allá, movido por la idea de la seguridad social. "Nicaragua entiende la seguridad social, en su sentido moderno, como el conjunto de principios e instituciones que tienen por objeto asegurar el bienestar del pueblo y por eso considera que integran la seguridad social, todas aquellas medidas económicas, médicas, culturales y sociales, que fomenta el desarrollo de una colectividad nacional".

En efecto, la característica que señala el régimen que reseñamos, es que se refiere no sólo al seguro social propiamente dicho, sino que se extiende a otras instituciones afines, aunando a él (seguro social) la asistencia pública y la salubridad popular acción conjunta que constituye la seguridad social y reuniendo toda la obra en la triple unificación legislativa, institucional y financiera.

Así, la orientación, coordinación y dirección de la seguridad social, en sus tres aspectos de asistencia pública, salubridad popular y seguro social, está reglada por un mismo precepto legislativo (Ley Orgánica de la Seguridad Social), como sugestión se encarga a un órgano centralizador (Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social) y sus recursos están integrados por contribuciones del Estado, de los particulares y de las partes interesadas (obreros y patronos).

Trátase, así, bajo el concepto de la seguridad social, de lograr la protección integral del nacional, de llegar al completo bienestar social del país, amparando no sólo al económicamente débil, sino a todo el económicamente necesitado, en pleno amparo bioeconómico, por medio de la compensación pecuniaria y el cuidado de la salud.

Sin embargo, con el fin de lograr el mejor cumplimiento de tan basta obra nacional proteccionista, el conjunto de la seguridad social ha sido individualizado en tres aspectos: asistencial, sanitario y asegurador, creando regímenes particularizados a cargo de la Dirección General de Asistencia Social, la Dirección de Asistencia Médica y el Instituto Nacional de Seguridad Social.

Respecto al seguro social propiamente dicho, supone la norma característica de América Latina y de los nuevos sistemas, llamada de seguro social integral, general o total, es decir, comprender en una sola disposición legislativa la protección de toda la población económicamente activa, en compensación de todos los riesgos clásicamente aceptados, tanto los que provienen del ejercicio de la profesión, como los derivados del transcurso natural de la vida, o sea, comprendiendo el accidente del trabajo y la enfermedad profesional y el desempleo, si bien estos riesgos suponen una consideración específica, ya que el primero de ellos (daños originados en el empleo) está basado en la teoría del riesgo profesional que supone una vinculación especial a la empresa, y el segundo (paro forzoso), se considera para una fecha posterior.

También, la otra característica propia de un sistema integral, en aplicación inicial, está comprendida por el Seguro Social de Nicaragua; es la extensión paulatina y progresiva según recursos económicos y experiencias adquiridas, que sólo a través del tiempo se logran, por lo que se acuerda una extensión gradual, escalonada, según los tres aspectos de riesgos comprendidos, personas amparadas y territorio a cubrir, es decir, los tres apartes del campo de aplicación llamados de contingencias, laboral y geográfico.

De aquí, el capítulo concerniente al campo de aplicación del Seguro Social de Nicaragua que establece que el Consejo Directivo del Instituto fijará, en los Reglamentos respectivos, la forma, condiciones y plazos de la incorporación a los regímenes del seguro social de los asegurados obligatorios, según orden de prioridad de acuerdo con la ubicación geográfica y actividad económica.

Expuesta así, brevemente, la historia, fundamentos y característica de la seguridad social de Nicaragua, veamos cuál es su contenido.

BASES LEGALES:

Decreto No. 161, de 22 de diciembre de 1955, promulgado en la Gaceta del 2 de enero de 1956, relativo a la Ley Orgánica de Seguridad Social, que será reglamentada posteriormente. La presente Ley empezará a regir desde su fecha de publicación en "La Gaceta", Diario Oficial, pero la obligación de pagar las contribuciones por parte de los patronos y los asegurados y el derecho de éstos a reclamar las prestaciones del seguro social, no entrarán en vigor antes del 1º de julio de 1956.

LA SEGURIDAD SOCIAL

La orientación, coordinación y dirección superior de la seguridad social de la Nación, en sus tres aspectos de asistencia social, asistencia médica y seguros sociales, se ejercerán por medio de un organismo denominado Junta

Nacional de Asistencia y Previsión Social, que gozará de la autonomía funcional que esta Ley le concede.

La Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social estará dirigida y representada por un Consejo Directivo y cumplirá sus finalidades por medio de la Dirección de Asistencia Social, la Dirección de Asistencia Médica y el Instituto Nacional de Seguridad Social.

El Consejo Directivo de la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social, estará integrado por un Presidente (designado por el Ejecutivo) por los Ministros de Trabajo (Vicepresidente) Salubridad, Economía, Hacienda, por el Director General del Instituto Nacional de Seguridad Social, por un representante de los médicos, tres representantes patronales y cuatro representantes de los trabajadores y por un representante del partido de la minoría.

Las atribuciones del Consejo Directivo serán las de representar a la Junta y ejercitar a nombre de ésta funciones directivas, económicas y administrativas, aprobar en particular los programas de trabajo de las dependencias de la Junta, formular anualmente un presupuesto nacional de seguridad social y presentar al poder ejecutivo los proyectos de Leyes y Reglamentos que modifiquen la Ley Orgánica de Seguridad Social.

La Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social tendrá como recursos las sumas que le asignare el presupuesto general de la Nación, el producto de impuestos que el poder legislativo decretase para fines de asistencia nacional, los productos, líquidos provenientes de la Lotería Nacional, el producto de colectas, fiestas o espectáculos públicos organizados por la misma Junta, el 40% del producto bruto de toda rifa o sorteo efectuado por cualquier persona, firma o entidad particular, las donaciones y legados que se hagan a la Junta, sus bienes muebles o inmuebles y cualquier otra cantidad que por Ley se dictare para los fines propios de la Junta.

La Junta gozará de varios privilegios de tipo económico y jurídico, beneficiándose de las siguientes franquicias: exención de toda clase de impuestos, derechos, tasas, contribuciones fiscales y recargos, franquicias postal, telegráfica y telefónica.

La fiscalización del manejo de los fondos de la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social estará confiada a una Contraloría Especial, cuyas resoluciones finales llegarán en apelación o en consulta al Tribunal de Cuentas.

LA ASISTENCIA SOCIAL

Para la atención de los indigentes y necesitados, procurando proporcionarles un mínimo de bienestar y para el estímulo y vigilancia de los esta-

blecimientos que les brinden protección, y en coordinación de la Asistencia Pública con la Beneficiencia Privada, funcionarán las Juntas Locales de Asistencia, en jurisdicción señalada, cada una de las cuales estará integrada por un Presidente, un Vicepresidente, un Secretario y un Vocal, designado entre personas de honorabilidad y altruísmos reconocidos que residan en la localidad.

Las Juntas Locales tendrán como deberes y obligaciones, en su respectiva jurisdicción y con el conocimiento y aprobación de la Junta Nacional, incrementar la asistencia social, vigilar la administración y funcionamiento de los establecimientos de asistencia social y empeñarse en su mejoramiento, recaudar, custodiar y administrar sus fondos, formular sus planes de arbitrios, vender, gravar o arrendar los bienes muebles o inmuebles que les pertenezcan, formular cada año su presupuesto de ingresos y egresos y dar cuenta de sus actividades a la Junta Nacional.

Para la coordinación en el funcionamiento de las Juntas Locales, así como para la ejecución de las propias labores de asistencia social, se crea, la Dirección de Asistencia Social.

LA ASISTENCIA MEDICA

Las funciones que la Ley encomienda a la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social en lo relativo a la Asistencia Médica son: prestar la asistencia médico-hospitalaria en nombre de la Nación, disponiendo de todos los recursos que para tal fin tuviese el Estado; planificar, coordinar y dirigir técnicamente la asistencia médico-hospitalaria y dictar las normas que regulen el funcionamiento de los hospitales y demás centros de asistencia médica del Estado o de la Asistencia Social; fundar nuevos hospitales, así como adquirirlos cuando fuese conveniente, acordar la reorganización de los hospitales que no cumpliesen las disposiciones técnicas y reglamentarias pertinentes, o cuando las deficiencias en su funcionamiento, a juicio de la Junta, lo hicieren necesario; vigilar la asistencia médica que las personas naturales o jurídicas estén obligadas a prestar a sus trabajadores, por virtud de la aplicación de las leyes de trabajo, en coordinación con las autoridades encargadas de exigir el cumplimiento de esas obligaciones legales y colaborar con el ministerio de Salubridad Pública a la protección de la salud.

La asistencia médica, hospitalaria o no la prestará la Junta, en la mejor forma posible y adecuada a las necesidades del enfermo, garantizando una calidad técnica semejante para todos, sea que se trate de personas de indigencia comprobada o de afiliados a los regímenes del seguro social. También la prestará a las personas que ocasionalmente paguen su asistencia hospitalaria.

Los programas de asistencia médica, si bien tienen como propósito fundamental la curación del enfermo, deben aspirar también al fomento y protección de la salud colectiva y convertir cada hospital en centro al servicio de la comunidad. Para ello, la Junta deberá elaborar y ejecutar sus programas en cooperación con el Ministerio de Salubridad Pública, los Centros de Enseñanza Profesional, las Asociaciones Científicas y las Instituciones Públicas o Privadas que se interesen en la misma finalidad.

Para el cumplimiento de esas obligaciones, la Junta controlará el manejo de todos los hospitales y clínicas nacionales por medio de la Dirección de Asistencia Médica, la cual, con las secciones, servicios y dependencias que fuesen necesarias, funcionará de acuerdo con las disposiciones de la presente ley de los reglamentos que la Junta dictará al efecto.

La Dirección de Asistencia Médica estará a cargo de un Director Médico.

EL SEGURO SOCIAL

Como parte del sistema de Seguridad Social en Nicaragua, se establece el Seguro Social Obligatorio, con carácter de servicio público nacional.

Administración

Para la ejecución y administración del Seguro Social, se crea el Instituto Nacional de Seguridad Social, Institución dotada de autonomía funcional, con patrimonio propio, personería jurídica y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones.

El Instituto Nacional de Seguridad Social, desempeñará las siguientes funciones: establecer, organizar y aplicar los diversos regímenes de los seguros sociales; realizar las investigaciones socio-económicas necesarias sobre la influencia de los factores sociales en el bienestar de la población y en la productividad y desarrollo económico-nacional; estimular y desarrollar, mediante la enseñanza, las disciplinas técnicas, médico-sociales, estadísticas económicas y demás ramas del conocimiento que tengan relación con la seguridad social; difundir mediante labores educativas, en los diversos grupos sociales de la colectividad nacional, la teoría y la práctica de la seguridad social; contribuir a la elevación de las condiciones de salud de la población y al mejoramiento de los hospitales y centros de atención médica del país, y ejecutar todas aquellas otras actividades no mencionadas que tiendan a cumplir los objetivos del Instituto.

Los órganos del Instituto Nacional de Seguridad Social son: el Consejo Directivo, la Dirección General, el Consejo Técnico y las Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas que se requieran para el cumplimiento de sus funciones.

El Consejo Directivo, es la autoridad superior del Instituto y siendo el mismo que el de la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social sirve de enlace entre estos dos órganos. El Consejo orientará, controlará y fiscalizará la gestión del seguro social; establecerá y modificará su organización administrativa, dictará los reglamentos necesarios del sistema y resolverá sobre cuestiones económicas de mayor relieve, tales como inversiones, adquisiciones, ventas, etc. También determinará, de acuerdo con los estudios técnicos, posibilidades y necesidades, la forma en que han de costearse los servicios de asistencia médica-hospitalaria; igualmente resolverá, a propuesta del Director General, sobre los nombramientos o remoción de los jefes de división del Instituto y de los asesores técnicos.

La dirección y administración inmediata de la Institución, estará a cargo de la Dirección General, cuyo jefe superior será el Director General, en nombramiento hecho por el Presidente de la República.

El Consejo Técnico es el órgano encargado de la orientación y coordinación técnica del Instituto, que será presidido por el Director General o por un Asesor Técnico escogido por éste, que fungirá como Vicepresidente, y estará integrado por el Director de Asistencia Médica y los jefes de las Divisiones Económicas, de Investigación Social y Estadística y de aquellas otras que el reglamento clasifique como Divisiones Técnicas. Además de sus miembros, asistirán a las sesiones del Consejo, los funcionarios y asesores del Instituto que fuesen citados por el Presidente del Consejo.

Los deberes y atribuciones del Consejo Técnico son los siguientes: formular los anteproyectos de los programas de trabajo, tanto en lo relativo al campo de aplicación, extensión y cobertura de riesgos y prestaciones de los regímenes del Seguro Social, como en lo atinente a la organización y racionalización de la atención médico-hospitalaria; preparar los anteproyectos del presupuesto de ingresos y egresos, planta y escalafón del personal y de los planes de inversiones, de adquisiciones e importaciones, de construcción, reparación, habitación y mantenimiento de los establecimientos hospitalarios, de investigaciones sociales, estadísticas y actuariado, de distribución de utilidades de la Lotería Nacional y de publicidad y propaganda.

El Instituto constará de las divisiones técnicas y administrativas y de los departamentos, secciones y oficinas que se requieran para el cumplimiento de sus finalidades.

El personal del Instituto estará al servicio de la colectividad, estableciéndose para él una carrera administrativa sujeta a un reglamento especial.

Riesgos Cubiertos

El Seguro Social cubrirá por zonas geográficas y etapas sucesivas y en forma gradual y sucesiva, los riesgos de maternidad, enfermedad, accidentes del trabajo y enfermedad profesional, invalidez, vejez, muerte y desocupación.

Personas Amparadas

Los regímenes de Seguro Social del Instituto se aplicarán obligatoriamente a todas las personas que se encuentren vinculadas a otra, natural o jurídica, por un contrato de trabajo, tácito o expreso, o por un nombramiento, sea cual fuere el tipo de relación laboral que los vincule, la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón y la forma en que se haya establecido la remuneración en dinero o en especie.

En consecuencia, como ejemplos no limitativos están comprendidos en el Seguro Social, a título obligatorio, sin distinción de sexo, nacionalidad, actividad profesional, y clase de patrono, los servidores del Estado y sus Instituciones, inclusive los que prestan servicios en la construcción de obras públicas y en actividades similares, así como los servidores, cualquiera que sea su calidad jurídica, de las municipalidades, Juntas Locales, Entes Autónomos y servicios de utilidad pública; los empleados privados; los jornaleros, obreros y aprendices en general incluídos los agrícolas, pecuarios y forestales; los servidores domésticos; los trabajadores a domicilio, etc.

Quedan exentos de la afiliación al seguro social: los menores de 14 años de edad y las personas que en el momento de la primera afiliación hubieran cumplido 60 años de edad; el cónyuge, los padres y los hijos del patrono en cuanto trabajen por cuenta de éste como trabajadores familiares no remunerados; los miembros de las Fuerzas Armadas de la Nación; las personas que presten servicios a las misiones diplomáticas acreditadas en el país, así como los empleados de los organismos o misiones internacionales domiciliados en el país; y el personal diplomático nicaragüense residente en el exterior.

Podrán inscribirse en forma facultativa al seguro social: los profesionales, artesanos y demás trabajadores independientes o por cuenta propia; las personas que hayan dejado de estar sujetas a los regímenes obligatorios del seguro social y los dueños de propiedades agrícolas y demás patronos que que deseen hacerlo. El Consejo Directivo del Instituto fijará los requisitos para la afiliación facultativa, entre los que figura el examen médico previo.

Quedan exceptuados de la obligación de afiliarse al seguro especial de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, los trabajadores domésticos, a domicilio y los trabajadores de cualquier otra naturaleza que estén al

servicio de patronos que empleen menos de 5 trabajadores en forma permanente.

Campo de Aplicación

El Consejo Directivo del Instituto fijará, en los reglamentos respectivos, la forma, condiciones y plazos de la incorporación a los regímenes de seguro social de los asegurados obligatorios, estableciendo para ese efecto, según los estudios técnicos correspondientes, órdenes de prioridad en la aplicación del seguro, de acuerdo con la ubicación geográfica, actividades económicas, número de trabajadores que ocupa cada patrono, etc.

Régimen Económico

Recursos.

El Instituto financiará los programas de seguridad social que le corresponda ejecutar con los siguientes recursos, cuya cuantía será reglamentada: la contribución patronal obligatoria, que no excederá del 15% de las remuneraciones, en dinero y en especie, que cada patrono pagare o debiera pagar a sus trabajadores; la contribución de los asegurados obligatorios, sin poder exceder del 10% de sus remuneraciones totales, en dinero y en especie, las contribuciones de los asegurados facultativos; las cuotas de los pensionados por el Instituto en porcentaje sobre el beneficio pagado; el aporte del Estado, equivalente al 25% de la suma calculada para financiar el sistema, con excepción de la contribución por riesgo profesional; la contribución patronal del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; el producto de las multas y recargos que cobre el Instituto; los ingresos que produzcan las operaciones financieras que se efectúen sobre bienes del Instituto, tales como arriendo, renta y enajenación de bienes muebles, contratación de empréstito, etc., y los bienes que adquiera a título de donación, herencia, legado, así como las ventas provenientes de los mismos y cualquier otro ingreso que pudiere percibir el Instituto.

El Instituto, previo informe del Consejo Técnico, fijará el reglamento respectivo en monto de la cuota patronal para el riesgo de accidente del trabajo y enfermedad profesional, en cuantía que cubra totalmente sus gastos, y en porcentajes variables según el grado y clase de riesgo de cada empresa.

Cada tres años o antes si se estimase conveniente, el Instituto deberá efectuar un estudio técnico del seguro de accidente de trabajo y enfermedad profesional, y basado en sus conclusiones, podrá modificar el porcentaje básico de contribución y la clasificación de los riesgos.

Las contribuciones patronales se considerarán como cargas sociales que representan costos de producción y por lo tanto, tienen el carácter de deducciones para los efectos del Impuesto sobre la Renta.

Inversiones

Las inversiones del Capital que efectúe el Instituto deberán ceñirse al siguiente orden de prioridad: en obras que contribuyan directamente al cumplimiento de las finalidades que la Ley fija al Instituto, tales como mejoramiento y edificación de hospitales, centros de atención médico-rural, edificios para oficinas propias, creación de una Escuela de Servicio Social, etc.; en obras que signifiquen una contribución a la elevación de las condiciones de vida de la población, tales como participación en los programas de vivienda popular; y en otras inversiones que a la vez que devenguen una utilidad en las mejores condiciones de seguridad y rendimiento, tengan un interés social.

Al formular sus planes de inversión, el Intituto deberá tener presente la política de desarrollo económico general de la Nación.

Financiamiento

El Instituto deberá efectuar cada tres años o antes si el Consejo Directivo lo estimase conveniente, las revisiones actuariales de sus previsiones financieras y ajustar sus ingresos, egresos, distribución de fondos, modificación de contribuciones y demás operaciones, conforme los resultados obtenidos.

El Consejo Directivo está facultado, previo informe del Consejo Técnico, para establecer los regímenes de percepción de contribuciones y aportes y de financiación de los beneficios del Instituto.

Prestaciones según Riesgos

Del Seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad.

Las personas afiliadas a los regímenes de seguro social tendrán derecho a las siguientes prestaciones en el caso de enfermedad: atención-médico-quirúrgica en general y especializada, hospitalaria, dental y farmacéutica, y un subsidio en dinero cuando la enfermedad produzca al asegurado incapacidad comprobada para el trabajo.

La atención médica médico-hospitalaria las prestará el Instituto por medio de la Dirección de Asistencia Médica, que al efecto funcionará como Dirección Médica del Instituto. Tendrá por objeto conservar y restablecer la salud y la capacidad de ganancia del asegurado, aspirando a extenderse a medida que las posibilidades lo permitan al grupo familiar de aquel. La asistencia médica se otorgará dentro de los requisitos y limitaciones fijados por el reglamento y se prestará en caso de una misma enfermedad, hasta por un máximo de 26 semanas, prorrogables en los casos individuales que así se acuerden.

En casos especiales y mediante la aprobación del Instituto podrá encomendarse la atención médica de los asegurados, a las Empresas que tengan establecimientos hospitalarios propios, en cuyo caso el Instituto reembolsará los costos de los servicios prestados mediante devolución de una parte de la contribución patronal respectiva.

El subsidio de enfermedad será igual al 60% de la remuneración total semanal promedio, pagado desde el cuarto día de la incapacidad, mientras dure la misma y hasta un máximo de 26 semanas, si bien podrá ser prorrogado. El subsidio se reducirá a la mitad cuando el asegurado se encuentre hospitalizado, si no tiene cónyuge o hijos menores.

Las trabajadoras aseguradas tendrán derecho a recibir, durante el embarazo, parto y puerperio, las siguientes prestaciones: atención obstétrica, médica y quirúrgica, prestada en hospitales o en centros de atención médica y, de ser posible, en el domicilio de la asegurada, hospitalización y atención dental, cuando fueran necesarias, suministro de los productos farmacéuticos, un subsidio por descanso de maternidad en dinero y un subsidio de maternidad para el cuidado del niño en sus primeros 6 meses de vida, en espacie, o, en su defecto, en dinero.

La esposa del asegurado, tendrá derecho a las prestaciones obstétrica, médica, quirúrgica, hospitalaria, dental y al subsidio de lactancia.

El subsidio por descanso de maternidad será igual al 60% de la remuneración total semanal promedio, y se otorgará durante las seis semanas antes y las seis posteriores al parto, concediéndose sólo cuando la asegurada cumpla con el reposo prescrito por la legislación. El subsidio de maternidad se suspenderá cuando la asegurada no acepte, infrinja o abandone, el tratamiento médico prescrito, o cuando durante el período de descanso perciba una remuneración.

El reglamento respectivo fijará las condiciones de contribución y documentación requerida y demás requisitos para la concesión del subsidio de maternidad.

Del seguro de riesgos profesionales

Las personas protegidas por el régimen especial de accidente del trabajo y enfermedad profesional, tendrán derecho al ocurrir el riesgo, a las siguientes prestaciones, según el caso: atención-médico-quirurgica general y especializada, hospitalización, atención dental, suministro de los productos farmacéu-

ticos, medios para su rehabilitación y su reeducación, un subsidio por incapacidad temporal, y una pensión por incapacidad permanente, parcial o total.

Para todos los efectos derivados de la aplicación de esta ley, se acogen las definiciones que, sobre esta clase de riesgos, fija el Código de Trabajo.

La asistencia médica y educativa tendrá por objeto la rehabilitación de la capacidad de trabajo de la persona protegida y la enseñanza de nuevas labores que le permitan atender por sí misma, total o parcialmente a sus necesidades.

El subsidio de incapacidad temporal será igual al 60% de la remuneración total semanal promedio del asegurado y se otorgará desde el primer día de la incapacidad de trabajo hasta un plazo máximo de 26 semanas, siempre que, antes de expirar dicho plazo, no se declare la incapacidad permanente del asegurado.

Si no se ha declarado la incapacidad permanente, expirado el plazo máximo de 26 semanas, podrá prorrogarse dicho plazo previo informe del Consejo Técnico.

El subsidio de incapacidad temporal se reducirá a la mitad cuando el asegurado se encuentre hospitalizado, si no tiene cónyuge o hijos menores.

El Instituto concederá al asegurado, en caso de incapacidad permanente, parcial o total una pensión mensual de incapacidad cuyo monto se fijará en el reglamento respectivo. Estas pensiones deberán ser revisadas, de acuerdo con los estudios técnicos y el examen médico del asegurado, cada tres años. Los requisitos necesarios para la concesión de la pensión de incapacidad serán fijados en el reglamento respectivo.

El Instituto en caso de muerte del asegurado, ocurrida como consecuencia de accidente de trabajo o enfermedad profesional, concederá a los familiares de éste una pensión calculada en porcentajes de la pensión de incapacidad permanente total que el asegurado estuviese percibiendo o que le hubiese correspondido percibir, cuya cuantía fijará el reglamento respectivo, según la vinculación familiar, las condiciones de pago y demás requisitos necesarios para la concesión de esta prestación.

El Instituto ejecutará programas de prevención de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y de sus consecuencias, en los que se contemplará, la asistencia técnica a los patronos para el establecimiento y organización de sistemas de seguridad social en sus empresas, la supervigilancia e inspección del funcionamiento de esos sistemas, la divulgación y enseñanza de métodos de trabajo que aumenten la productividad y seguridad de la empresa, la adquisición o fabricación y venta de artículos de cualquier índole

que se usen para la protección de los trabajadores contra los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y todo otro medio tendiente al cumplimiento de los propósitos de este fin.

El Instituto no pagará las prestaciones en dinero del seguro de accidente del trabajo y enfermedad profesional cuando el accidente hubiese sido provocado intencionalmente por la víctima o por otra persona instigada por ella, cuando fuese consecuencia de un delito en que cupiese responsabilidad de la víctima, en el caso de un atentado contra su persona o de una riña en que tomase parte voluntariamente, si ocurriese por encontrarse la víctima en estado de embriaguez o bajo la acción de drogas heroicas o cuando se deba a caso fortuito o fuerza mayor extraña al trabajo.

De los seguros de invalidez, vejez muerte y desocupación

Para las personas afiliadas a los regímenes de seguro social tendrán derecho a una pensión mensual de invalidez, en caso de incapacidad permanente para el trabajo, producida a consecuencia de enfermedad no profesional.

Para los efectos del seguro de invalidez, se considerará inválido al asegurado que, a consecuencia de una enfermedad no profesional se halle incapacitado para procurarse, mediante un trabajo proporcionado a su fuerza, a sus capacidades y a su formación profesional, la remuneración habitual que percibe en la misma región, un trabajador sano del mismo sexo, capacidad semejante y formación profesional análoga.

La pensión de invalidez tiene por objeto subvenir a las necesidades mínimas del inválido y de las personas a su cargo y se compondrá de una cuantía básica y aumentos computados de acuerdo con el número de cotizaciones pagadas al Instituto.

El reglamento respectivo fijará el monto de las pensiones de invalidez, en los casos de incapacidad total o parcial para el trabajo, el porcentaje de aumento por el cónyuge y por cada hijo menor de 14 años y los plazos, condiciones de contribución y demás requisitos para la concesión mensual de invalidez. Las pensiones deberán ser revisadas cada tres años, cesarán en caso de recuperarse la aptitud de trabajo o al cumplir la edad de retiro determinada por el seguro de vejez.

Las personas afiliadas a los regímenes de seguro social tendrán derecho a una pensión mensual de vejez, desde la edad fijada en el reglamento hasta la muerte.

La pensión de vejez tiene por objeto subvenir las necesidades mínimas

del asegurado, cuando su aptitud de trabajo se encuentre disminuída o terminada por las senectud y se compondrá de una cuantía básica y de aumentos de acuerdo con el número de contribuciones pagadas al Instituto.

El reglamento respectivo fijará la edad de retiro según el sexo, el monto de las pensiones de vejez y las condiciones de contribución, los términos de la pensión diferida, la prueba de edad y demás requisitos para la concesión de la pensión de vejez.

El cobro de la pensión de vejez es incompatible con el cobro de cualquiera otra prestación en dinero otorgada por el Instituto.

El Instituto otorgará, en las condiciones que exige el reglamento, un subsidio para ayudar a los gastos que origine la muerte del asegurado.

El Instituto concederá, en caso de muerte del asegurado, pensiones de viudedad y orfandad, calculadas en porcentaje de las pensiones de invalidez o vejez que el asegurado esuviera percibiendo o que le hubiese correspondido percibir en el supuesto de que a la fecha de su fallecimiento estuviera acogido a la pensión de incapacidad total.

Las pensiones de viudedad y orfandad tienen por objeto subvenir a las necesidades mismas de la viuda e hijos menores del asegurado fallecido.

El reglamento respectivo fijará las condiciones de contribución, el monto de cada una de las pensiones, las condiciones de edad, situación civil, tiempo, estado físico y otras para recibir las pensiones, los motivos por los cuales no se concederán, suspenderán o cesarán y demás requisitos para la concesión de las pensiones de viudedad y orfandad.

Para los efectos de esta ley, los hijos ilegítimos que dependieran económicamente del asegurado y la concubina que hubiese hecho vida marital con él durante más de 5 años continuos, siempre que dependiere económicamente del mismo en el momento de existir la prestación, se equiparan a los hijos legítimos y esposa del asegurado, cuando no existieren aquellos ni ésta. Pero si al momento de exigir la prestación existieren varias concubinas que llenaren los requisitos exigidos, ninguna de ellas gozará de los beneficios del seguro.

Desocupación

De conformidad con los estudios técnicos, el Instituto deberá establecer en su oportunidad el seguro de desocupación, sujeto a las normas que el respectivo reglamento señale, con el fin de procurar la conveniente distribución de la mano de obra en el país y de garantizar un subsidio a los que en contra de su voluntad se vieren desprovistos de empleo.

De los Procedimientos, Sanciones y Resolución de Conflictos

El Instituto tiene la facultad de inspeccionar los lugares de trabajo de examinar los libros de contabilidad, planillas y listas de pago, contratos de trabajo, declaraciones del Impuesto sobre la Renta y del Capital y demás documentos que fuesen extrictamente necesarios para la comprobación de todos los datos relacionados con el seguro social.

Los inspectores y auditores del Instituto tendrán, además de las atribuciones propias que les fije el Reglamento respectivo, las atribuciones que el Código del Trabajo y la Ley del Impuesto sobre la Renta conceden a los Inspectores del Trabajo y a los Delegados de la Dirección del Impuesto sobre la Renta. El Consejo Directivo del Instituto establecerá un Reglamento de Inspección.

Las infracciones de la presente Ley por actos u omisiones de los patronos, los asegurados u otras personas, serán sancionados con multas de 250 a 5,000 córdobas, sin perjuicio del cobro de intereses sobre lo debido, a razón del 9% anual, al patrono y personas responsables y de la suspensión o cancelación de todos sus derechos al asegurado culpable y de las otras sanciones legales a que hubiere lugar.

De las resoluciones que el Director General dictare imponiendo multas, se podrá pedir revisión dentro de 5 días ante el Consejo Directivo y contra la resolución de éste, se podrá interponer dentro de 5 días recurso de apelación ante el Tribunal del Trabajo; y de la sentencia de este Tribunal no habrá más recurso que el de responsabilidad.

Los patronos, los asegurados y los beneficiarios, en caso de inconformidad sobre inscripciones, liquidaciones de cuentas, etc., podrán recurrir ante el Director General, dentro del término de 8 días de notificación de las resoluciones.

De las resoluciones que expida la Dirección General denegando solicitudes de prestaciones o cancelando derechos a los asegurados por infracciones a la presente Ley y sus Reglamentos, podrán los asegurados y sus representantes, dentro de 5 días, pedir revisión ante el Consejo Directivo. Contra la resolución que éste dictare, podrá interponerse dentro de 5 días recurso de apelación ante el Tribunal Superior del Trabajo. De la sentencia de éste no habrá recurso alguno, salvo el de responsabilidad.