

II SEGURIDAD SOCIAL

II
Revista
de la

Asociación
Internacional
de la
Seguridad
Social



Conferencia
Interamericana
de
Seguridad
Social



SECRETARIAS GENERALES DE LA A.I.S.S. Y DE LA C.I.S.S.
EDITADA EN MEXICO, D. F.

PASEO DE LA REFORMA 476 - 00. PISO

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.

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO VI

ENERO - FEBRERO DE 1957

No. 25

INDICE

	Pág.
Nuevo Secretario General y Tesorero del C.P.I.S.S.	4
Primera Conferencia Internacional de Actuarios y Estadígrafos de Seguridad Social <i>por el Prof. Giuseppe Petrilli, Presidente de la Conferencia y Presidente del Instituto Nacional del Seguro de Enfermedad de Italia</i>	7
La coordinación y la colaboración entre las diferentes ramas de la Seguridad Social <i>por Zivorad Petrovic, Director del Instituto de Seguros Sociales de la Repú- blica Popular de Servia</i>	23
La Reforma de la Ley Mexicana del Seguro Social <i>por Juan Bernaldo de Quirós de la Escuela Social de Madrid</i>	71
NOTICIAS DE SEGURIDAD SOCIAL	
ARGENTINA	
Creación de un régimen de Previsión Social para los Tra- bajadores del servicio doméstico	83
Reforma de la Ley Orgánica del Instituto Nacional de Previsión Social	84
Creación de la Comisión Nacional del Seguro Social de Enfermedad	84
Creación de una Comisión para estudiar el Régimen de Previsión Social	85
GUATEMALA	
Nuevo Gerente del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	85
NICARAGUA	
Estructuración del Régimen de Seguridad Social	85
Reglamento General del Instituto Nacional de Seguridad Social, del 23 de octubre de 1956	86
Reglamento de organización interna de la Dirección de Asistencia Médica	86
P E R U	
Nuevas Bases del Seguro Social Obrero	87
VENEZUELA	
Extensión del Seguro Social	87
BIBLIOGRAFIA	
Cuba: Boletín de la Seguridad Social	88
Curso de Cooperación Técnica Actuarial. <i>Editado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social</i>	89
Curso de Racionalización y Mecanización de Servicios Administrativos de Seguridad Social.— <i>Editado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social</i>	89
Publicaciones de la Secretaría General del C.P.I.S.S. ...	90
Revista Internacional de Actuariado y Estadísticas de la Seguridad Social	91

LA COORDINACION Y LA COLABORACION ENTRE LAS DIFERENTES RAMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (1)

Por

ZIVORAD PETROVIC

*Director del Instituto de Seguros Sociales
de la República Popular de Servia*

Observación Preliminar

Este informe trata de dos cuestiones diferentes relativas a los organismos de seguridad social, a saber:

- 1.—Las relaciones existentes entre el seguro de enfermedad y maternidad, por una parte y el seguro de invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales por otra, considerando estas relaciones desde el punto de vista legislativo, financiero y administrativo.
- 2.—Las relaciones existentes entre los organismos de seguridad social y los servicios públicos, y más particularmente las relaciones con el servicio sanitario y el servicio de asistencia social.

1.—Consideraciones Generales

La evolución del seguro social hacia la seguridad social se manifiesta en todos los países por un aumento permanente del número de las personas aseguradas y de los riesgos sociales cubiertos gracias a la mejora de las condiciones de adquisición y de beneficio de las prestaciones, por la mejora de la calidad de las mismas y de la importancia de éstas prestaciones y por la extensión de prestaciones nuevas en provecho de los beneficiarios.

(1) Estudio sometido a la XII Asamblea General de la A.I.S.S., México, noviembre-diciembre, 1955.

En la mayor parte de los países se trata del resultado de una larga evolución de sus concepciones de justicia social, de sus posibilidades económicas y de sus relaciones mutuas.

El camino que ha llevado a la situación actual, ha sido largo y difícil. Su desarrollo actual ha conocido múltiples fases: caridad del empresario o de la sociedad, previsión social, seguro privado, cajas fraternales, cajas de socorros mutuos, sistemas especiales de aseguramiento profesional, seguro clásico. Cada una de éstas fases progresivas, provocó conflictos sociales y legales. Fué duro el esfuerzo que condujo hoy a la seguridad social.

Si echamos una ojeada al pasado, a propósito de la institución que estudiamos, en cuanto al nacimiento y desarrollo de los distintos sistemas, podemos contar los tres períodos principales siguientes:

- 1.—El período de organización de los sistemas especiales profesionales e interprofesionales en que dominan las condiciones de trabajo en relación con los riesgos profesionales.
- 2.—El período de organización de un sistema general de aseguramiento social que garantice de una manera más amplia la protección contra determinado riesgo, sistema existente simultáneamente o que colabora con los sistemas especiales profesionales o que los absorbe. Este período se caracteriza por la participación cada vez más importante de los asegurados en la gestión del seguro social, por las tendencias hacia la independencia en el plano regional o nacional, por la descentralización por ramas para los diversos casos de aseguramiento y por el aumento de número de los asegurados.
- 3.—El tercer período logra ver la extensión cada vez más importante del círculo de asegurados, la creación en ciertos países del sistema de seguridad social que protege al conjunto de la población, el nacimiento de fenómenos federativos y la reunión de los diversos organismos de seguridad para lograr su coordinación y colaboración efectivas, especialmente en el campo de reglamentación de los problemas de interés común. Este período se caracteriza por el hecho de que la colaboración y la coordinación de escala internacional crecen cada vez más, contribuyendo indirectamente al desarrollo de las legislaciones nacionales de seguridad social.

Procediendo al estudio de la cuestión de coordinación y cola-

boración entre los organismos de seguridad social, dentro del sistema mismo y a la cuestión de la colaboración de estos organismos con los diversos servicios a que están estrictamente ligados, es necesario adoptar el método comparativo. Puesto que nuestra tarea es considerar la cuestión de la coordinación y colaboración desde el punto de vista de las disposiciones legales, financieras y administrativas, debemos tener cuenta en este estudio estos tres aspectos esenciales. Nuestro estudio va encontrar ciertas dificultades de orden técnico, porque el desarrollo de los diversos sistemas de aseguramiento social, no siempre es proporcional a este desarrollo mismo aunque por lo general se ligue estrechamente al desarrollo económico y político del país. Al estudiar los principios fundamentales de la seguridad social, llegamos a comprobar que en ciertos países que poseen industria y fuerzas productivas muy desarrolladas, la edificación de la seguridad social se encuentra todavía en una fase primitiva, en tanto que, al contrario, en otros países, aquella edificación progresa paralelamente al desarrollo económico. Finalmente, hay un pequeño número de países en que las disposiciones legales en materia de seguridad social están dominadas por amplias tendencias humanitarias y políticas que muy a menudo exceden de las posibilidades materiales de los países mismos en cuestión. En el primer caso, según la norma propuesta por la Organización Internacional del Trabajo y adoptada igualmente por la Asociación Internacional de Seguridad Social, el Estado se encuentra retrasado. En el segundo caso el desarrollo de la seguridad social tiende hacia un equilibrio nacional económico. En el tercer caso, está planificado el porvenir de la comunidad social. Esta observación tiene carácter general, porque se aplica a un estado de cosas tomado en conjunto. Para llegar a obtener conclusiones, se necesita estudiar por separado cada sistema. Tomemos uno cualquiera de los regímenes antiguos de seguro social y veremos que al principio ha englobado una categoría determinada de personas (marineros, mineros) sin cubrir además más que los casos de accidentes del trabajo. Después, el régimen se ha desarrollado, garantizando otro riesgo, tales como la enfermedad, la maternidad, etc. Los sistemas que al principio eran exclusivamente profesionales y tenían un campo de aplicación limitado, se han ensanchado. En el curso de los desarrollos ulteriores han aparecido otros sistemas profesionales. En ciertos países, se han creado regímenes generales del seguro social absorbiendo los sistemas profesionales o dejándoles subsistir. En la historia moderna del seguro social, estas tendencias se encuentran en casi todos los países que han edificado un régimen. Sin embargo, hay países que no siguen esta vía clásica, sino que

comienza desde la fase inicial de la organización de sus sistemas cubriendo los riesgos mayores, tales como el desempleo y la vejez. Mientras los otros países empezaron por cubrir los riesgos individuales (accidentes de trabajo), estos países industrialmente desarrollados, (como los Estados Unidos, o el Canadá) en razón de ciertas desproporciones económicas, procuran cubrir más riesgos, como el desempleo.

En muchos casos, el accidente de trabajo representa para el asegurado una catástrofe fisiológica, y para la sociedad un déficit de producción. Por contrario, el desempleo es un estado de desequilibrio económico y social grave, que puede afectar a un gran número de personas cuya salud es excelente, en la mayoría de los casos. Consiguientemente, puede decirse que en la sociedad actual hay para todas las personas aseguradas un riesgo médico y social único que encierra en sí distintas manifestaciones cuyas características son de orden fisiológico (embarazo, parto, vejez, muerte natural), de orden patológico (enfermedad, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales), o bien de naturaleza sociológica y económica (desempleo). De todas las manifestaciones diferentes de riesgo médico y social único, los países han elegido las que consideraron más indeseables para su comunidad social comenzando a construir su sistema de seguridad social tomándolas como base. Nosotros suponemos que los países que tienen una economía y una técnica industrial muy desarrolladas, tienen a la vez una seguridad de trabajo bien adelantada, y por consiguiente, un porcentaje relativamente mínimo de accidentes del trabajo o de enfermedad. Por esto, sus preocupaciones principales han sido resolver el problema del desempleo que aparece como un mal social serio.

Al examinar el problema de la coordinación y la colaboración, nos vemos obligados a estudiar cada país por separado, puesto que no hay dos países en el mundo que tengan el mismo sistema de seguridad social. Sin embargo, en estos distintos sistemas hallamos rasgos característicos comunes, lo cual nos permite clasificarlo en cierto número de categorías.

II. Relaciones entre las diferentes ramas de la Seguridad Social desde el punto de vista legislativo.

Las disposiciones fundamentales concernientes a la seguridad social, son obra, en todos los países en que existen, de los parlamentos,

gobiernos, ministerios etc. En los países de estructura federal el poder federal transfiere el derecho de tomar disposiciones legales a sus unidades federales, pero dentro del cuadro de una ley federal ó como complemento de ésta.

El poder central, del mismo modo, puede, como sucede en ciertos países, transferir por vía de autorización legal el derecho de tomar disposiciones para la aplicación de las leyes, a las instituciones de seguridad social.

Las legislaciones en materia de seguridad social no sólo son resultado de consideraciones de principios de naturaleza jurídica, sino que también han sido dictadas principalmente en atención a las necesidades de los países, de su población y de su economía.

Antes de tomar disposiciones legales en cuanto a la seguridad social, cada Estado considera las consecuencias económicas y financieras de la aplicación de las mismas.

En cada país, la legislación de seguridad social posee características específicas propias del mismo. Esto no obstante, las legislaciones de los diferentes países adquieren cada vez más rasgos comunes, ya en razón de la influencia recíproca de las legislaciones nacionales, ya por vía de adopción de las convenciones internacionales de seguridad social.

En lo que se refiere al estatuto jurídico del organismo de seguridad social, la situación varía al pasar de un país a otro. En tanto que en algunos países las instituciones de seguridad social tienen el carácter de personas morales de derecho público, hay otros, en cambio, en donde existen instituciones que revisten este mismo carácter de persona moral de derecho público y otras que sólo tienen carácter de persona moral de derecho privado. De todos modos la tendencia dominante es la de conceder a las instituciones de seguridad social la calidad de personas morales de derecho público.

Como ya hemos visto los legisladores de los distintos países tiene una concepción idéntica de la unidad de riesgo biológico y social. Esta es la razón de que en las diversas legislaciones se pueda comprobar una identidad de puntos de vista, aún cuando se trate de las diversas manifestaciones de tal riesgo único, tales como la enfermedad, la maternidad, la invalidez, etc. De este modo casi en todas partes se estima el seguro de enfermedad-maternidad como un riesgo

fisiológico y patológico de carácter temporal, puesto que el progreso actual de la ciencia médica permite determinar siempre el principio de la enfermedad y del embarazo. Pero cuando se trata de pasar desde este estado a otro (curación, involución al estado crónico, defunción, etc.), y desde el momento en que se produce este otro estado, el problema se hace más complicado. Si la enfermedad es de corta duración, el problema se resuelve por sí mismo, porque si el enfermo cura con rapidez, la necesidad de procurarle las prestaciones necesarias cesa, y si, en cambio, sobreviene la muerte, el seguro de este riesgo se extingue con una última prestación y mediante la reglamentación de los derechos de los supervivientes.

La situación es enteramente distinta si la enfermedad se prolonga (ya sabemos que el tratamiento de ciertas enfermedades puede durar de dos a tres años, y aún más). Entonces se plantea la cuestión de saber el plazo que se necesita para que el estado en cuestión deje de tener carácter temporal y asuma carácter permanente. Hay países que han tratado de resolver este problema mediante reglamentaciones, determinando la duración de las prestaciones temporales y previniendo la posibilidad de conceder prestaciones de distinta naturaleza. Pero este es un punto en que la situación cambia al pasar de un país a otro. En tanto que ciertos países no fijan plazo alguno para la extinción de los derechos correspondientes a la incapacidad temporal para trabajar y dejan al asegurado la posibilidad de elegir entre las dos prestaciones relativas (de enfermedad o de invalidez), otros países determina plazos diferentes pasados los cuales la institución del seguro social deja de efectuar el pago de las prestaciones en dinero y obliga al asegurado a presentar una solicitud de pensión de invalidez temporal o permanente, o bien una renta equivalente. Un pequeño número de países (por ejemplo: Francia) dividen el seguro de enfermedad en dos categorías, en relación con la duración de la enfermedad misma:

1. Corta duración: 6 meses;
2. Larga duración: hasta 2 ó 3 años.

Hay razones médicas que justifican esta división. ¿La invalidez es prolongación de la enfermedad o es una vejez anticipada? Hay respuestas diferentes para esta pregunta. Nosotros consideramos que la invalidez es una prolongación de la enfermedad, porque este concepto toma en consideración el factor etiológico, como es lógico, en tanto que, en un sentido absoluto, la vejez es un estado fisiológico. Hablar

de vejez anticipada, o prematura, es un juego de palabras, pero si se piensa en una vejez precoz, siempre nos encontramos con que existen condiciones patológicas que la crearon. En cuanto al principio, la duración y el término del seguro en caso de maternidad, no hay dificultades, a menos que medien complicaciones patológicas. En este caso, la asegurada pasa al seguro de enfermedad.

Según datos concernientes a 63 países, en 47 Estados existe protección sanitaria en casos de enfermedad. En 34 Estados, este seguro es obligatorio, en 3 es voluntario, en 9 se aplica por vía de servicio público, y sólo en 1 como asistencia social. En 16 Estados no hay protección sanitaria, pero 1 de ellos concede protección material mediante la intervención de la previsión social.

Hay 43 países que conceden a los asegurados, en caso de enfermedad ó de incapacidad para trabajar, prestaciones en dinero por vía de un sistema de seguro obligatorio; 3 por vía de un sistema de aseguración voluntaria y 2 por vía de asistencia social, en tanto que hay 15 países que no conceden ni protección material ni protección sanitaria.

En los 48 países en que existen prestaciones en dinero para casos de enfermedad, estas prestaciones son obligatorias en 45, y hay 2 países en que las otorga la previsión social.

En cuanto a la protección contra la invalidez, 63 países considerados, esta protección está organizado en 47 países, y no lo está en los otros 16 países. Es obligatoria en 40 países, en 1 país la asegura un servicio público y en otros 6 la previsión social.

La vejez está protegida en 49 países y no lo está en 14 otros; la protege el seguro obligatorio en 40 países, es un servicio público en 3 países y corre a cargo de la previsión social en 6.

La protección por causa de defunción existe en 44 países y no existe en los otros 19. Se aplica por vía del seguro obligatorio en 40 países y por medio de la previsión social en 4.

El seguro por accidente de trabajo (y de enfermedades profesionales) está organizado en los 63 países considerados, mediante seguro obligatorio en 50 países y por seguro voluntario en los 13 restantes.

Como se ve, los legisladores conceden prioridad a la protección contra los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, puesto que representan la manifestación más dolorosa del riesgo único biológico y social.

Después de esta breve exposición de las legislaciones de los países considerados, pasemos a la de los derechos a las prestaciones en dinero en diferentes casos asegurados.

1. *Prestaciones en dinero en casos de enfermedad.*

La cuestión de las condiciones requeridas para la adquisición y la determinación del derecho a las prestaciones en dinero en casos de incapacidad para el trabajo, total o temporal, debidas a la enfermedad, así como la cuestión de las condiciones relativas a la duración del derecho a las prestaciones en dinero están reglamentadas de diferentes maneras.

Para adquirir derecho a las prestaciones en dinero en casos de enfermedad, en la mayoría de los casos basta estar afiliado al seguro y suministrar prueba (por certificación médica) de una incapacidad de trabajo total y temporal, cuando el importe de las prestaciones en dinero depende de la duración de la situación y también a veces de la duración y naturaleza de la enfermedad.

En cuanto a la duración de las prestaciones en dinero, está condicionada, en ciertos países a la cantidad de tiempo de trabajo prestado, en otros al importe de las cotizaciones pagadas, cuando la duración de que se trata se relaciona con la naturaleza de la enfermedad, y en ciertos otros países a una actividad profesional determinada. Finalmente, existe un grupo de países en que los sistemas de seguridad social no relacionan la duración de estas prestaciones a ninguna de las condiciones pre-citadas.

El sistema de seguridad social en que el derecho a las prestaciones en dinero se relaciona con el tiempo de trabajo prestado o con el importe de las cotizaciones pagadas, existe en la Gran Bretaña y en Bulgaria.

En la Gran Bretaña, las prestaciones en dinero en caso de incapacidad de trabajo temporal por causa de enfermedad, se pagan mientras dura esta incapacidad cuando el asegurado ha satisfecho 155 semanas de cotización, y hasta 1 año cuando sólo ha pagado de 26 a 155 semanas de cotización.

En Bulgaria, las prestaciones en dinero se pagan durante 6 meses si se ha pagado la cotización durante 8 semanas cuando menos. Si se ha pagado la cotización sin interrupción durante más de 8 semanas, ó durante 52 semanas con interrupción durante los dos últi-

mos años, las prestaciones en dinero se pagan durante 9 meses y durante 12 meses si la cotización se pagó durante 156 semanas en los cinco últimos años.

Según ciertas legislaciones nacionales la duración del pago de las prestaciones en dinero se relaciona con la naturaleza de la enfermedad, para favorecer a las personas afectas de las enfermedades más graves, puesto que el tratamiento de las mismas dura más tiempo, agotando al asegurado fisiológica y económicamente. De esta manera, en el Japón se conceden prestaciones en dinero hasta 6 meses en todo caso de enfermedad, y hasta 18 meses tratándose de tuberculosis. El régimen en Grecia concede prestaciones en dinero hasta 26 semanas, y hasta 52 semanas tratándose de tuberculosis; en Iran 6 semanas durante el curso de 1 año y 18 meses si se trata de tuberculosis o de cáncer, con la posibilidad de prórroga de tres meses más; en Italia en caso de tuberculosis, las prestaciones se suministrarán sin limitación. En otros países están limitadas según actividades profesionales determinadas.

Este grupo puede comprender también los países en que el sistema de seguridad social relaciona la duración de las prestaciones en dinero no sólo a una enfermedad determinada, sino también a condiciones especiales. Por ejemplo: en Noruega se establece la duración del derecho a las prestaciones en dinero hasta las 52 semanas en todas las enfermedades (a condición de que el asegurado esté afiliado al seguro desde 14 días antes) y hasta 2 años para la tuberculosis, el cáncer y la poliartritis reumática. En Polonia, el derecho a las prestaciones de enfermedad en dinero dura hasta 26 semanas (debiendo preceder 4 semanas de pago ininterrumpido de cotizaciones al principio de la enfermedad, ó 26 semanas de cotizaciones durante los 12 últimos meses), y para la tuberculosis hasta 39 semanas. Suiza prevee una duración de derecho a las prestaciones en dinero de 180 días en el curso de 360 días, y tratándose de tuberculosis hasta 1080 días durante los cinco últimos años (a condición de que el asegurado esté afiliado al seguro desde 3 meses antes por lo menos). En Francia, la duración del derecho a las prestaciones en dinero dependen de la naturaleza de la enfermedad. Según la ley francesa de 1930, todas las enfermedades se dividen por su duración en dos categorías: enfermedad y enfermedad larga. En caso de enfermedad, el derecho a las prestaciones en dinero a título de incapacidad temporal, dura, 6 meses, a condición de que se hayan prestado 60 horas de trabajo antes de la realización del riesgo de enfermedad (100 horas para los obreros agrícolas). Tratándose de enfermedad larga, el derecho

dura hasta 3 años, bajo la condición de haber estado afiliado al seguro desde 1 año antes y de haber prestado 200 horas de trabajo. La duración del derecho a las prestaciones en dinero por causa de enfermedad larga, puede prolongarse en ciertos casos hasta 4 años.

La fijación de la duración de prestaciones en dinero en caso de enfermedad, responde en principio a los intereses de los asegurados y del organismo asegurador. Sin embargo, en realidad no sucede así, porque en la mayoría de los casos la ley considera del mismo modo todas las enfermedades, excepción hecha de la tuberculosis, el cáncer y la poliartritis reumática en ciertos países. Así resulta que todas las demás enfermedades largas quedan sin posibilidad de protección mediante la concepción de prestaciones de mayor duración. Este estado de cosas debe considerarse desagradable, debiéndose procurar remediarle. En Francia, el legislador ha dado un paso adelante en este sentido, sin relacionar la duración de las prestaciones en dinero con enfermedades determinadas, sino solamente con los dos casos de la enfermedad y la enfermedad larga.

Italia y el Sarre hacen depender de la proesión la duración del derecho a las prestaciones en dinero durante la incapacidad temporal para el trabajo. En Italia, la duración de este derecho en la industria y el artesanado, es de 150 días durante el año financiero y de 180 en el comercio, la agricultura, los bancos, las sociedades de seguros. En el Sarre, la duración del derecho para los mineros es de 1 año y de 26 semanas para todas las demás profesiones.

En otros países (28 entre 63 considerados), la duración del derecho a las prestaciones en dinero en caso de incapacidad temporal para el trabajo por causa de enfermedad, no está ligada a condiciones determinadas. La duración de estas prestaciones en ciertos países varían entre 26 y 52 semanas. Excepcionalmente, hay países en que es inferior a 26 semanas, y en otros excede de 52 semanas. (en la India, 56 días en el curso del año; Suecia, hasta 2 años, con posibilidad de prórroga).

A nuestro parecer, los regímenes de seguridad social que han resuelto mejor esta cuestión son los de los países que conceden prestaciones en dinero durante toda la duración de la incapacidad total y temporal para el trabajo a consecuencia de enfermedad, independientemente de la naturaleza de ésta.

Los regímenes de seguridad social en que las prestaciones en dinero se conceden mientras dura la incapacidad de trabajo total y temporal, son (según las noticias de 1954) los de Albania, Australia,

Nueva Zelandia, Rumanía, la U.R.S.S. y Yugoslavia. Estos países tienen estructuras económicas y políticas diferentes, de modo que no puede decirse que la adopción de esta medida resulte de circunstancias y factores idénticos.

Nosotros creemos que de todos los sistemas citados, el último es el que satisface en medida más amplia las necesidades del asegurado. Efectivamente, este sistema le garantiza un mínimo vital, es decir la satisfacción de sus necesidades en una medida más amplia que si se le concediera una pensión de invalidez a menudo sensiblemente menos importante que la prestación en dinero por causa de enfermedad.

Desde el punto de vista de la coordinación y la colaboración, a nuestro modo de ver la duración del derecho a las prestaciones no tiene una importancia tan grande como el hecho de determinar la suerte del asegurado cuando la duración de su incapacidad temporal de trabajo excede del plazo máximo, o sea del hecho de saber a quien incumbe el deber de tomar a su cargo la persona y de asegurarla una protección material.

La evolución de la enfermedad causa de la incapacidad total y temporal de trabajo, puede conducir en un determinado momento, a uno de los estados siguientes:

1. Curación;
2. Invalidez;
3. Defunción.

Para el legislador, la cuestión de la curación es sencilla. Para él, la curación representa la recuperación de la capacidad de trabajo. Pero la cosa no es tan fácil si se considera la curación desde el punto de vista fisiopatológico. En este caso, puede plantearse la cuestión de saber si en el día que preceda a la comprobación médica de su estado de salud (que produce la suspensión de las prestaciones), la persona asegurada estaba 100 por 100 inapta para el trabajo y si al día siguiente de la comprobación misma era 100 por 100 apta. En otros términos, es posible que, dentro de un plazo de 24 horas, el estado de incapacidad total se haya cambiado por el de capacidad de trabajo completa, como sucede en el caso contrario, cuando una persona que goza de buena salud, al día siguiente se hace completamente inapta para el trabajo por causa de una enfermedad aguda.

La cuestión que acabamos de presentar tiene importancia. La respuesta a la misma nos conduce a una nueva noción del estado in-

termedio, caracterizada por una recuperación progresiva de la aptitud para el trabajo. A nuestro modo de ver sería preciso establecer mediante disposiciones particulares una colaboración entre los organismos sanitarios, los empresarios y las instituciones de seguridad social, para permitir al asegurado una adaptación progresiva a sus ocupaciones habituales después de una enfermedad o de un traumatismo serio, por la razón de que el paso brusco del estado de reposo y de convalecencia al de actividad plena podría tener repercusiones perjudiciales para la salud del asegurado.

En la documentación que hemos estudiado, hemos podido comprobar que ningún país, salvo Yugoslavia, ha tratado de resolver el problema de un modo ó de otro. La ley yugoeslava sobre el seguro sanitario de obreros y empleados de 26 de noviembre de 1954, estipula en efecto en su artículo 27: el médico podrá prescribir al asegurado la reanudación de trabajo de tiempo reducido, cuando haya comprobado, en el curso del tratamiento del asegurado beneficiado con prestaciones en especies en razón de una incapacidad de trabajo temporal, que la salud de éste ha mejorado hasta el punto de que podría reanudar su ocupación con una duración de trabajo reducida y que desde el punto de vista médico este trabajo sería útil para la recuperación de la capacidad total de trabajar. Durante este trabajo de tiempo reducido, el asegurado tiene derecho a la parte de remuneración correspondiente a las horas de trabajo efectuadas, y a la parte de prestaciones en dinero cuyo importe corresponde a la diferencia entre las horas de trabajo efectuadas y la duración normal de trabajo. Las disposiciones del artículo mencionado también prevén que el trabajo por tiempo reducido se realice bajo control del médico que trate al sujeto y durante un año como máximo.

El objeto de esta estipulación de la ley yugoeslava es claro: se desea en las mejores condiciones y por una readaptación progresiva bajo control médico, llegar a la curación completa del asegurado y permitirle recuperar su plena capacidad de trabajo. Un periodo más largo de aplicación de las disposiciones de esta ley mostrará si la concepción del legislador yugoeslavo esta justificada.

2. Prestaciones en dinero en caso de maternidad.

El seguro de maternidad, en el mayor número de casos es parte del seguro de enfermedad, puesto que se trata en ambos casos de prestaciones de plazo corto y dado que la maternidad engendra igualmente una incapacidad de trabajo temporal más claramente determinada y necesitada de prestaciones en especie y en dinero.

La maternidad representa una manifestación especial del riesgo biológico y social único, y, por consiguiente, el seguro de esta eventualidad debe dar a la madre y al niño una protección plena, por que esta protección es de una importancia primordial para la existencia y desarrollo de un pueblo. Por tanto, el seguro debe reunir las protecciones preventiva sanitaria y material, de manera que pueda socorrer por completo a las madres y a los niños durante los momentos difíciles de su vida común. Por consiguiente, es de comprender que los legisladores de gran número de los países considerados, han previsto, en esta eventualidad, derechos amplios y una serie de ventajas en provecho de los asegurados.

Desde el punto de vista de la eficacia de la protección de la maternidad, se puede plantear la cuestión de saber si ésta protección debe asegurarse en el cuadro del seguro de enfermedad o en el de una rama de seguro separada. Las razones que militan en favor de la separación, es decir en favor del establecimiento de una rama particular de seguro de maternidad son las siguientes: por una parte, una reglamentación más rápida y más eficaz del problema de la protección de la maternidad y una utilización mejor de los medios de este seguro, y, por otra parte, una coordinación una colaboración más estrechas y más oportunas con los demás órganos del servicio público que se ocupa de la protección de la madre y el niño.

Desde el punto de vista de la legislación, el problema de la maternidad no está tratado del mismo modo en todos los países. La mayor parte de los países que por ser un régimen de seguro de enfermedad poseen igualmente el seguro de maternidad. Nueva Zelandia y Portugal cuentan con el seguro en caso de enfermedad, pero no tienen seguro en caso de maternidad.

En ciertos países la protección de la maternidad la efectúa un servicio nacional (Australia, Finlandia) y en otros países se realiza mediante un sistema de seguro voluntario completado por la previsión social para la maternidad (Suecia).

La cuestión de la duración de las prestaciones en dinero en caso de maternidad, está reglamentada de distinto modo en los países considerados. Dadas las notables diferencias que existen a este respecto entre ciertos países considerados, estimamos necesario exponer con más detalles los principales datos que se relacionan con el caso.

El derecho a las prestaciones en dinero a título de incapacidad temporal de trabajo en caso de maternidad, dura en Iram 6 semanas; en Ecuador 3 semanas antes y 4 semanas después del parto; en Co-

lombia, 4 semanas antes y 4 semanas después del parto; en China 56 días en total; en Costa Rica 30 días antes y 30 días después del parto; en Turquía y en Paraguay 3 semanas y 6 semanas después del parto; en Alemania Oriental y en Sarre 4 semanas antes y 6 semanas después del parto; en Perú 36 días antes y 36 días después del parto; en Argentina 2 meses y medio en total; en la U.R.S.S. 5 semanas antes y 6 semanas después; en Rumanía 35 días antes y 45 días después del parto; en Albania, Austria, Bélgica, Bolivia, Chile, Cuba, República Dominicana, Japón, Grecia, Haití, Islandia, México, Noruega, Países Bajos, Polonia, España, Suiza, Hungría y Venezuela, 6 semanas antes y 6 semanas después del parto; en la India y en Israel 12 semanas; en Yugoslavia un total de 90 días, con obligación de utilizar el descanso 21 días por lo menos antes del parto; en Luxemburgo un total de 92 días; en Bulgaria 3 meses a lo sumo; en Francia 6 semanas antes y 8 semanas después del parto; en Alemania Occidental 6 semanas antes y 12 semanas después del parto; en la Gran Bretaña 11 semanas antes y 7 semanas después del parto; en Checoslovaquia 18 semanas en total; en Italia 3 meses antes y 8 semanas después del parto, tratándose de la industria, 8 semanas antes y 8 semanas después del parto en la agricultura, y 6 semanas antes y 8 semanas después del parto en el comercio y los bancos; en Dinamarca 14 días y para las obreras de las fábricas 4 semanas.

Resulta de esta enumeración que la mayoría de los países aplican la regla de que la duración de la protección antes del parto es la misma o más corta que la de después del parto. A este propósito, es interesante subrayar que la Gran Bretaña forma excepción de esta regla general, puesto que concede a las mujeres en cinta una duración de protección sensiblemente más larga antes del parto. La tendencia a una protección preventiva de la mujer antes del parto se manifiesta, por consiguiente, con más fuerza en estos países que en los demás. Se puede suponer que las grandes diferencias que hay en la duración de las prestaciones en dinero en caso de maternidad, resultan de las posibilidades económicas diferentes en los distintos países. Sin embargo, en la determinación de la duración de estas prestaciones, no se debería de extender por debajo de un mínimo que corresponda a las necesidades fisiológicas y que las convenciones internacionales fijan en un total de 12 semanas, pues cualquier derogación a esta duración no podría justificarse.

Al examinar el problema de la protección de la maternidad, conviene considerar también algunos casos raros de complicaciones patológicas con ocasión del embarazo y del parto que pudieran aparecer

fuera del período protegido en los límites de este período. En el primer caso, el embarazo patológico o las consecuencias patológicas del parto se consideran desde el punto de vista de la protección como una enfermedad. La protección en caso de embarazo patológico y las consecuencias patológicas después del parto, debe ser concedida igualmente, a título de enfermedad, a las mujeres que no llenen las condiciones requeridas para el goce de los derechos derivados del seguro de enfermedad.

El importe de las prestaciones en dinero en caso de maternidad varía según los países. En ciertos países representa un porcentaje del salario garantizado, mientras que en otros países se determina en forma de un importe fijo. Tanto en un caso como en otro, existen diferencias sensibles en el importe de las prestaciones en dinero en relación con el salario regular, de modo que en ciertos países se aproxima al importe del salario regular y hasta alcanza el nivel de éste, mientras que en otros las prestaciones en dinero son insuficientes.

En ciertos países se conceden prestaciones suplementarias en especie o en dinero a las madres nodrizas y a los recién nacidos, ya sea aparte, ya con las prestaciones en dinero en caso de maternidad, y así se completa útilmente la protección de la madre y del hijo.

La mayor parte de los países asocian el derecho a las prestaciones en caso de maternidad a una prestación determinada de trabajo o al importe de las cotizaciones pagadas. Tan solo un pequeño número de países proveen esta protección sin tener en cuenta el tiempo de trabajo prestado. Ciertos países establecen como condición un período determinado de residencia y otros la condición de nacionalidad.

En conjunto el alcance de la protección en caso de maternidad es más extenso que el concedido a los demás riesgos, lo que denota una tendencia a favorecer esta rama del seguro social.

En lo relativo al importe de las prestaciones en dinero en caso de maternidad, se comprueba que hay razones fisiológicas y al mismo tiempo consideraciones humanitarias y sociales para con la mujer en cinta, la madre y el niño, que exigen que este importe se acerque todo lo posible al salario garantizado y hasta que llegue al nivel del mismo, sin tener en cuenta prestaciones suplementarias eventuales.

Un problema particular es, sin embargo, el de las mujeres en cinta y las parturientas que no reúnen las condiciones requeridas para la adquisición y disfrute de los derechos del seguro maternal; tales mujeres, por consiguiente, no se benefician con las prestaciones en

dinero previstas en caso de embarazo y de parto. El período de reposo previsto para antes y después del parto, entonces se hace ilusorio. Y por esta razón hay que tratar de resolver el problema, ya sin condicionar los derechos a las prestaciones en dinero en caso de maternidad por una cantidad de trabajo prestada, ya por medio de una colaboración entre el órgano de seguro social y el de previsión social, comprometiéndoles a prestar en común la protección material necesaria.

Las relaciones entre el seguro de maternidad y las otras ramas de seguro, están definidas de distinto modo, según los países. En la mayoría de ellos, existen relaciones muy estrechas entre el seguro de maternidad y el de enfermedad, en tanto que en otros países hay lazos también muy estrechos entre el seguro de enfermedad y de maternidad y las otras ramas del seguro. En estos últimos países, el asegurado al pasar del estado de asegurado activo al de beneficiario de una renta o de una pensión, guarda todos sus derechos en casos de enfermedad y de maternidad. En otros países, los beneficiarios de una renta o de una pensión no pueden gozar las prestaciones de enfermedad o de maternidad en especie sino a condición de estar asegurado, obligatoria o voluntariamente, a estas dos ramas del seguro.

Las formas de coordinación y de colaboración arriba mencionadas, indudablemente son útiles para los asegurados, pues garantizan la continuidad de la prestación. Por esto es de desear que se introduzcan tales formas donde todavía no se practiquen.

3. *Protección en caso de invalidez.*

En los capítulos anteriores hemos tratado de examinar algunos aspectos de la protección del asegurado en los casos de una enfermedad que evoluciona hacia la curación.

Ahora quisiéramos abordar otra cuestión que, a nuestro modo de ver, va estrechamente ligada con la de la coordinación y la colaboración entre la rama de seguro de enfermedad y la de seguro de invalidez.

De la exposición que precede, resulta que hay gran diversidad en los modos de tratamiento del asegurado cuando padece incapacidad de trabajo temporal y total en caso de enfermedad. Esta diversidad plantea un problema importante que conviene examinar antes de pasar al estudio de la invalidez. La cuestión que se plantea es saber el momento en que cesa la enfermedad y comienza la invalidez, es

decir en qué momento cesan las obligaciones de la rama de seguro de enfermedad y comienzan las de la rama del seguro de invalidez. Por consiguiente, se trata del problema de paso del estado de enfermedad al estado de invalidez y de los principios sobre cuya base conven-
dría reglamentar esta fase transitoria.

Considerando la situación actual, se puede llegar a la conclusión de que el legislador ha evitado reglamentar esta cuestión directamente. Sin embargo, el legislador ha confiado la solución del problema a los órganos competentes para evaluar la capacidad de trabajo (médicos, comisiones médicas) que deben decidir si el asegurado que es apto parcialmente para el trabajo debe ser mantenido en situación de enfermedad o enviado a su puesto de trabajo. Si el órgano competente decide la vuelta al trabajo a un asegurado de esta clase, ello pudiera tener consecuencias perjudiciales tanto para la salud del asegurado cuanto para su productividad en el trabajo.

¿Habrá que mantener tal estado de cosas y esta práctica o habrá que tomar nuevas disposiciones que tengan en cuenta todos los elementos de importancia para solución del problema?

En nuestra opinión, el estado transitorio comprende el período en el cual después de un tratamiento médico quirúrgico relativamente largo, no se ha conseguido restablecer la salud del asegurado y de hacerle apto para el trabajo, sino que, al contrario, se registra una estabilización y hasta una agravación del estado patológico caracterizada por una incapacidad parcial o total permanente. Por estas razones, se necesita reconocer al asegurado un estatuto nuevo, determinando el grado de su invalidez.

Suponiendo que el asegurado llene las condiciones requeridas para la adquisición y el goce del derecho a una renta o a una pensión de invalidez, no hay dificultad para él en los países en que el régimen de seguridad social prevea un plazo ilimitado o relativamente largo para el tratamiento médico y para las prestaciones en dinero en caso de enfermedad. Sin embargo, en los regímenes de seguridad social en que la duración del derecho a las prestaciones en dinero durante la incapacidad de trabajo temporal en caso de enfermedad es relativamente corto, se plantea el problema de saber la manera de regular la nueva situación del asegurado y como determinar el grado de su invalidez. El período de veintiséis semanas a un año a menudo no es suficiente para que, en el curso de este plazo relativamente corto, pueda llegarse a la certidumbre de que existe una posibilidad de curación definitiva y de readaptación para el trabajo o que se trata de un estado de invalidez de carácter permanente.

Entre 63 países observados hay 40 que aseguran la protección en caso de invalidez por vía del seguro social obligatorio; 1 país por vía de servicio público, 6 mediante la previsión social; en tanto que hay otros 16 países en que no existe este seguro.

La invalidez se considera de distinto modo según los países. Así algunos de ellos adoptan la definición de la invalidez como incapacidad de trabajo, mientras que otros la estiman como incapacidad de ganancia.

La primera de estas concepciones se fundan en estado anatomofisiológico, en tanto que en la otra los elementos que juegan son el profesional y la posibilidad de productividad. Sin embargo, estas diferencias no son de importancia esencial, puesto que tanto en un caso como en otro el asegurado disfruta de los mismos derechos.

Ciertos países no establecen diferencia entre la noción de incapacidad de trabajo y la de incapacidad de ganancia, y las aplican como criterio único para la determinación de la invalidez.

En uno de los países observados (Canadá), no hay protección para la invalidez más que en caso de ceguera.

Para la determinación del derecho a las prestaciones en caso de invalidez, es de esencial importancia saber cuál sea el grado mínimo de reducción de la capacidad de trabajo, que permita adquirir los derechos derivados de este seguro. Desde este punto de vista, no son uniformes las disposiciones legales. En algunos países el grado mínimo de la reducción de la capacidad es por los menos de 50% (Alemania Occidental, Bulgaria, Checoslovaquia); en otros países 66,6% (Alemania Oriental, Austria, Bélgica, Dinamarca, Grecia, Italia, México, Países Bajos, Polonia, Sarre).

En Australia el grado de reducción de la capacidad de trabajo se fija en 85%. En el Brasil, China, Cuba, Egipto, Estados Unidos de América y Turquía, se fija en el 100%.

Algunos países dividen los casos de invalidez en dos o varias categorías, según el índice de reducción de la capacidad de trabajo (Albania, Argentina, Chile, Francia, Hungría, Iram, Japón, Rumanía, U.R.S.S., Yugoslavia). La incapacidad de trabajo total o queda comprendida en estas categorías o se la trata por separado como seguro de pensión.

Las condiciones de adquisición de la protección material cuando la invalidez está comprobada, son también muy diferentes según los

países observados. Así es que en ciertos países la adquisición de este derecho está sujeta a la condición de nacionalidad o de residencia; pero por regla general casi todos los países establecen el requisito de una condición de permanencia determinada o una duración definida en el pago de las cotizaciones.

La duración de la cantidad de trabajo prestada en los países considerados es la siguiente: Bélgica 3 a 6 meses; Japón 6 meses; Brasil 18 meses; México, Paraguay y Países Bajos 150 semanas; Costa Rica, Finlandia, Gran Bretaña, Irlanda y Panamá; 3 años Luxemburgo, 1,500 días; Ecuador, Perú, y Polonia, 200 semanas; Checoslovaquia 4 años; Alemania, Argentina, Australia, Canadá, Iram, Nueva Zelanda, Portugal, Sarre y Uruguay, 10 años; Africa del Sur, 15 años; Turquía 25 años.

Ciertos países preveen como condición de adquisición del derecho a la protección material en caso de invalidez, ya la edad del asegurado en el momento de sobrevenir la invalidez, ya el sexo (Albania, Bulgaria, Chile, Cuba, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Rumanía, U.R.S.S., Yugoslavia).

De la exposición de las relaciones entre la protección material en caso de enfermedad o de incapacidad de trabajo temporal, por una parte, y la protección material en caso de invalidez, por otra, resulta que estas relaciones no están enteramente coordinadas.

Podemos preguntarnos si en los casos en que el estatuto de invalidez está reglamentado de una manera justa, el problema esté definitivamente resuelto. A nuestro modo de ver, la respuesta es negativa.

El órgano que administra el seguro de invalidez, debería tomar a su cargo todos los cuidados de los inválidos, suministrarles un tratamiento médico apropiado y procurar readaptarlos profesionalmente (sobretudo a las personas calificadas y jóvenes), porque es posible devolver a las mismas, parcial o totalmente aptas al ejercicio de su profesión anterior o a otra profesión, haciendo asegurados activos de los que eran asegurados pasivos. En efecto, se ha visto a personas consideradas totalmente inaptas para el trabajo, readaptarse por su propia iniciativa y perseverancia, reanudando un trabajo regular.

Resulta de lo que precede que las disposiciones legales o administrativas deben permitir una colaboración plena entre los órganos de seguro de enfermedad y los de seguro de invalidez. Estos últimos podrían tomar en común todas las medidas necesarias para la pronta

curación del asegurado y la recuperación de la aptitud para el trabajo impidiendo que produjera la invalidez de este modo.

La falta de organización de las relaciones entre estos dos órganos de seguro es perjudicial para los asegurados. Estableciendo una coordinación entre la protección material en caso de enfermedad, es decir las prestaciones en dinero en caso de incapacidad temporal de trabajo, por una parte, y la protección material en caso de invalidez, por otra, se garantizaría la continuidad de la protección material, igual que la recuperación eventual de la aptitud del asegurado para el trabajo impidiendo que se produjera la invalidez de este modo.

La falta de organización de las relaciones entre estos dos órganos de seguro es perjudicial para los asegurados. Estableciendo una coordinación entre la protección material en caso de enfermedad, es decir las prestaciones en dinero en caso de incapacidad temporal de trabajo, por una parte, y la protección material en caso de invalidez, por otra, se garantizaría la continuidad de la protección material, igual que la recuperación eventual de la aptitud del asegurado para el trabajo. Tan sólo en los casos en que los esfuerzos desplegados no hubiesen permitido alcanzar un resultado positivo, se procedería definitivamente a la reglamentación del estatuto de invalidez del asegurado. En conexión con lo que precede, habría que resolver también la cuestión de la protección material de las personas que se han hecho, de una manera permanente o temporal, inaptas para el trabajo como consecuencia de enfermedad, y que después del cese del derecho a las prestaciones en dinero del seguro en caso de enfermedad, no llenasen las condiciones requeridas para la adquisición y disfrute de los derechos a título del seguro de invalidez. Para hallar una solución a este problema habría que tomar también en consideración la coordinación con el servicio público de previsión social.

Más atrás hemos tratado de la coordinación y colaboración entre las ramas del seguro de enfermedad y el de invalidez en el cuadro de un sistema general de seguridad social. Uno de los medios de resolver el problema, está previsto en Francia por el decreto número 53-1100 de 5 de noviembre de 1953 relativo a la coordinación entre el régimen general y los regímenes especiales de seguridad social en lo relativo a las prestaciones en casos de enfermedad, de enfermedad larga, de maternidad, de invalidez y de defunción (Journal officiel del 10 de Noviembre de 1953).

Una de las disposiciones características de este decreto es que la comprobación médica de la existencia del riesgo asegurado, determi-

na igualmente el momento de haber sobrevenido el riesgo, y, en consecuencia, indica el órgano de seguro obligado a suministrar las prestaciones. Una vez determinado el derecho a las prestaciones el tiempo de aseguramiento transcurrido cerca de un órgano de seguro, se añade al tiempo transcurrido en otro órgano, de manera que al pasar el asegurado de un seguro a otro lleva consigo tal derecho adquirido. El problema de coordinación entre los que tienen derecho al seguro agrícola y lo que tienen derecho a otros seguros, ha sido reglamentado por el decreto número 53-448 de 13 de mayo de 1953.

En lo que se refiere al problema de la protección material en caso invalidez, quedaría por examinar, desde el punto de vista legislativo, la cuestión de la importancia de esta protección material. Nosotros no deseamos comprometernos en un estudio detallado de esta cuestión. Pero conviene subrayar la necesidad de garantizar al asegurado, mediante la coordinación y la colaboración de los órganos interesados, además de la continuidad en la consecución de sus derechos, un mínimo de protección material.

Igualmente habría que realizar una nivelación entre las prestaciones en dinero en caso de enfermedad y en caso de invalidez; nivelación que permitiría apartar las desproporciones existentes entre estas dos clases de prestaciones, cuando se trate de asegurados afectados de incapacidad total para el trabajo.

4. Protección en caso de accidentes del trabajo

La protección en caso de accidente de trabajo tiene para los trabajadores una importancia primordial y representa una de las formas más notables y humanitarias de la aplicación de la seguridad social en general.

Casi todos los regímenes de seguridad social, en los países considerados, conceden prioridad a esta protección dotándola de derechos más extensos que en casos de enfermedad. Para la protección en caso de accidente de trabajo, el legislador impone obligaciones mayores a los empresarios, y, en la mayoría de los casos, prevee para la realización de los derechos mismos, condiciones más favorables para los asegurados. En la mayor parte de los países esta protección es obligatoria, aún cuando existan diferencias en el alcance y modalidades de la fijación de estos derechos. La protección en caso de accidente del trabajo se extiende igualmente, en determinadas condiciones, a las enfermedades profesionales.

La diferencia esencial entre la enfermedad y el accidente de trabajo consiste en el hecho de que la aparición de la enfermedad no está ligada con el trabajo, en tanto que el accidente de trabajo está ligado con el ejercicio de las funciones en el puesto de trabajo. He aquí porqué, según la legislación vigente en los países considerados, el accidente y la intoxicación fuera del trabajo, se tratan como enfermedades.

Según la definición generalmente adoptada, se considera accidente de trabajo el acontecimiento que inopinadamente sobreviene en el organismo por la acción de cierta fuerza exterior y cuyo efecto es tan poderoso que, en un tiempo tan breve como posible, causa un daño en la integridad del cuerpo o en las funciones de un órgano o en la función compleja de todo el organismo, en una medida tal que arrastra la reducción o la pérdida de la capacidad de trabajo.

En cuanto a la noción de la enfermedad profesional considerada como accidente de trabajo, no existe una unidad de puntos de vista. Se puede decir que esta enfermedad se caracteriza principalmente por el hecho de ser una enfermedad aguda o crónica que aparece como consecuencia de un trabajo determinado, es decir, como consecuencia del trabajo en condiciones determinadas o con determinadas materias.

Si examinamos la evolución de las consecuencias del accidente de trabajo desde su aparición, distinguiremos en general tres períodos.

El primer período comprende la duración de la incapacidad total y temporal de trabajo, en el curso de la cual se aplica el tratamiento correspondiente.

El segundo comprende la duración de la incapacidad parcial o total, que todavía es temporal, y durante la cual se continúa el tratamiento y la rehabilitación médica y profesional para volver al asegurado apto para el trabajo. Este período es análogo al estado de invalidez provocado por la enfermedad, pero se diferencia de él tan sólo en que tiene una protección material más completa.

El tercer período comprende el estado definitivo de la incapacidad de trabajo parcial o total, en que todas las posibilidades de tratamiento y rehabilitación profesional se han agotado y en que por consiguiente, se reconoce al asegurado una protección material permanente que es igualmente superior a la reconocida para la invalidez permanente en caso de enfermedad.

Hay que notar aquí que el accidente de trabajo puede tener tam-

bién como consecuencia la muerte inmediata o subsiguiente del asegurado, pero esta eventualidad la examinaremos con mayor detalle en el capítulo relativo a la protección en caso de defunción.

Por regla general, la adquisición del derecho a las prestaciones en caso de accidente de trabajo no está sujeta a la condición de una prestación temporal determinada de trabajo. A partir del momento de sobrevenir el accidente de trabajo, se conceden al asegurado prestaciones en especie. Sin embargo, el pago de las prestaciones en dinero está ligado, en ciertos países, tanto para los accidentes de trabajo como para la enfermedad, a un período más o menos corto durante el cual no se pagan prestaciones en dinero. La carencia de estas prestaciones puede ser absoluta o relativa. Es absoluta, cuando el accidentado no recibe en ningún caso prestaciones en dinero durante el período determinado de carencia de ellas. Es relativa, cuando la duración de la incapacidad de trabajo excede de este período, en cuyo caso el accidentado recibe después de este período de carencia, prestaciones en dinero a contar desde el primer día de la incapacidad para el trabajo.

Es interesante comparar la carencia en caso de enfermedad con la carencia en caso de accidente en el trabajo en los países en que el plazo de carencia de que hablamos está previsto. En la República Dominicana, en caso de enfermedad, la carencia es de seis días y en caso de accidente de trabajo de 13 días; en la Gran Bretaña, 3 días en caso de enfermedad igual que en caso de accidente de trabajo; en Guatemala en caso de accidente de trabajo, un día; en Haití, 7 días en caso de enfermedad y 3 días en caso de accidente de trabajo; en Italia 3 días tanto en caso de enfermedad, como en el accidente del trabajo; en Japón, 3 días en caso de enfermedad y 7 días en caso de accidente de trabajo; en Nueva Zelanda, en caso de enfermedad 7 días y en caso de accidente de trabajo 3 días; en Paraguay, 7 días en caso de enfermedad y de accidente de trabajo; en Suiza en caso de enfermedad 2 días y en caso de accidente de trabajo 2 días también.

Las disposiciones legales de ciertos países (República Dominicana y Japón) en que la carencia, en caso de accidente de trabajo, es más larga que en caso de enfermedad, parecen severas y no pueden justificarse.

No obstante, la mayoría de los países en que existe carencia para el caso de enfermedad, favorecen el accidente de trabajo bien previendo un plazo más corto bien al no exigir ningún plazo de manera

tal que las prestaciones en dinero se concedan desde el primer día de la incapacidad de trabajo. En varios países, la legislación no prevé períodos de carencia y concede protección material tanto en caso de enfermedad como en el accidente de trabajo desde el primer día de la incapacidad para trabajar.

En ciertos países, las prestaciones en especie y las prestaciones en dinero en caso de accidente de trabajo, durante el tratamiento médico y la duración de la incapacidad para el trabajo, las concede el órgano del seguro de enfermedad; en otros países, las dos ramas del seguro están separadas y se establecen plazos más o menos largos durante los cuales se conceden estas prestaciones a título de seguro de enfermedad, y luego a título de seguro de accidente de trabajo.

El importe de las prestaciones en dinero por incapacidad de trabajo temporal en caso de accidente de trabajo, en la mayor parte de los países es igual que en los casos de enfermedad. Pero hay ciertos países que establecen la tasa de las prestaciones en dinero en un porcentaje más alto que en caso de enfermedad.

Tomando en cuenta la naturaleza del accidente de trabajo y el daño serio que pueda resultar de esta eventualidad, sería menester que el importe de las prestaciones en dinero durante la incapacidad temporal para trabajar se aproximara al del salario garantizado, e incluso que alcanzara el nivel del mismo, para diferenciarse de este modo del importe de las prestaciones en especie en caso de incapacidad temporal de trabajo por causa de enfermedad.

El porcentaje mínimo de reducción de la capacidad de trabajo que da derecho a la protección material en caso de invalidez debida a un accidente de trabajo, es sensiblemente inferior al porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo previsto para la adquisición de derecho en caso de invalidez por enfermedad.

El porcentaje mínimo de reducción de la capacidad de trabajo que da derecho a las prestaciones en caso de invalidez por accidente de trabajo, varía en los distintos países considerados desde el 5% al 20%.

Las prestaciones en especie en caso de invalidez por accidente de trabajo se pagan bien en una suma fija (capital-renta), bien en forma de mensualidades determinadas (renta o pensión de invalidez).

En ciertos países, la legislación permite el pago de una suma fija en lugar de la renta, tan solo en caso de reducción parcial de la capacidad de trabajo que no exceda de un porcentaje determina-

do. Pero si la reducción de la capacidad de trabajo supera este porcentaje la protección material se concede bajo forma de pagos mensuales (renta, pensión).

¿El pago de una suma fija (capital-renta), en lugar de la renta o de la pensión mensuales, está justificado en todos los casos de reducción de la capacidad de trabajo? Desde el punto de vista de la gestión financiera, tal pago representa cierta ventaja para las instituciones de seguridad social, dado que de esta manera se libran, una vez por todas, de una obligación de carácter permanente para con el asegurado.

Sin embargo, desde el punto de vista de la seguridad real del asegurado, cuando se trata de una reducción notable de la capacidad de trabajo, el problema se presenta de un modo serio. Se plantea la cuestión de saber si el asegurado que ha recibido una suma de una vez, puede subvenir a sus necesidades en un período prolongado, o sea prácticamente durante toda su vida, teniendo en cuenta la inestabilidad del dinero con su repercusión inevitable sobre el poder adquisitivo de la población y, en consecuencia, sobre el beneficiario del pago de una vez. Además de estas circunstancias de orden económico, hay toda una serie de razones que condenan la práctica del pago de una vez en los casos de reducción importante de la capacidad de trabajo. En primer lugar, está el peligro del empleo irracional de la suma fija recibida. El beneficiario puede despilfarrarla y quedarse sin recursos rápidamente. Como sucede que no está en disposición de procurarse recursos por su trabajo propio, a causa de que su capacidad está sensiblemente disminuída, resulta que se queda sin ninguna protección material mucho más pronto que se hubiera podido prever.

De lo que precede resulta que un inválido que ha recibido un pago de una vez, podía encontrarse de nuevo a cargo de la sociedad, debiendo ésta prestarle la asistencia necesaria mediante el servicio de la asistencia social.

Resulta que en caso de una reducción notable de la capacidad de trabajo, el pago de una vez no representa una protección material adecuada de la víctima del accidente de trabajo y que está más indicada una renta mensual o una pensión de invalidez incluso en interés de la seguridad material del asegurado. Esta forma de protección material corresponde mucho más a los fines de la seguridad social, cuyo deber constante es cuidar de las personas accidentadas en cuanto se refiere a su rehabilitación y tratamiento, etc., y que no

debe desembarazarse de tales atenciones mediante el pago fijo de una sola vez.

El importe de las rentas mensuales y de las pensiones de invalidez en caso de incapacidad total para el trabajo, se fija en ciertos países hasta la concurrencia del importe total de la base prescrita. Esta base se determina, según los países, bien como un importe fijo, según las categorías del salario o como un porcentaje determinado del salario garantizado variable, según los países tenidos en cuenta desde el 50% al 100%.

En los casos de reducción de la capacidad de trabajo parcial, el importe mensual de la renta se fija en función del importe prescrito correspondiente al grado de reducción de la capacidad de trabajo.

En ciertos países, se concede, en caso de accidente de trabajo una renta (pensión de invalidez) superior a la tasa prescrita, o sea un suplemento especial de renta (pensión de invalidez), cuando la incapacidad de trabajo total de la persona protegida es tal que exige cuidado y ayuda permanente por parte de otra persona. Este suplemento de renta o de la pensión de invalidez, se concede también a los beneficiarios de la renta o de la pensión de invalidez por causa de enfermedad.

El problema de la coordinación y la colaboración entre el seguro en caso de accidente de trabajo y de otras ramas de seguridad social y los órganos de servicio sanitario, es de gran importancia, no sólo a causa de la necesidad de garantizar al accidentado una continuidad de su derecho a título de las diversas ramas de seguro, sino también por la de tener constantemente cuidado de él en vista de su rehabilitación médica y profesional.

El asegurado accidentado cuya capacidad de trabajo se reduce de tal modo que ya no puede prestar un trabajo regular, debe continuar beneficiándose de los derechos a la protección sanitaria a título del seguro de enfermedad para todo caso de enfermedades, tanto en lo que respecta a él mismo que en relación con los miembros de la familia que están a cargo suyo. Si la rama del seguro de accidente y la rama del seguro de enfermedad están organizados por separado, en este caso el seguro de accidente podría bien reembolsar al seguro de enfermedad las prestaciones que hubiera pagado, bien pagar en el puesto de inválido una cotización correspondiente a su seguro de enfermedad.

Conviene permitir al inválido que trabaja ya por tiempo nor-

mal, ya por un mínimo de horas de trabajo determinado por el órgano competente de servicio sanitario, adquirir o aumentar sus derechos al seguro de invalidez en caso de enfermedad, igual que sus derechos al seguro de vejez bajo la reserva eventual de que el conjunto de estos derechos no pudiera exceder del importe del salario garantizado.

La colaboración entre el seguro de enfermedad y el seguro de accidente y los órganos de servicio sanitario, es particularmente importante al principio del tratamiento de la persona accidentada, porque esta colaboración puede permitir, por el tratamiento apropiado y las medidas necesarias tomadas a tiempo para la rehabilitación médica y profesional, llegar hasta el más alto punto posible de recuperación de la capacidad de trabajo. No se debería partir del punto de vista unilateral y sencillo que quisiera que las tareas del seguro de enfermedad y las del órgano de servicio sanitario, consistiesen únicamente en curar al accidentado, desentendiéndose de todo lo demás, como si éste incumbiese a la institución de seguro social. Del mismo modo, tampoco pueda partirse de la idea de que la tarea única del seguro de accidente es garantizar la protección material del asegurado.

Con objeto de proteger la vida y la salud de los trabajadores, debería establecerse también la colaboración del órgano de seguro social con los órganos competentes del Estado encargados de prevenir los accidentes de trabajo y las enfermedades.

5. Protección en caso de vejez.

Del mismo modo, el seguro de vejez está reglamentado de distinto modo en los países considerados.

El objeto del seguro de vejez es procurar la atención a las personas aseguradas cuando haya alcanzado la edad prescrita y tienen las condiciones requeridas por la ley. La condición principal para la adquisición del derecho a la pensión de vejez es el tiempo de trabajo prestado.

La edad prescrita y esta cantidad de trabajo necesario prestada, varían según los países, las profesiones, el sexo y la situación familiar. En ciertos países se establecen para la adquisición del derecho a la pensión completa de vejez condiciones de edad y de permanencia en el trabajo distintas de las que se necesitan para obtener derechos a una pensión de vejez incompleta.

En los países tomados en consideración, los límites de edad la adquisición de la pensión de vejez varían entre los 50 y los 70 años. Cuando este límite excede de los 50 años, la mayoría de los países establecen para las mujeres un límite un poco inferior. Hay países que establecen también un límite de edad menor para ciertas profesiones.

La espera necesaria para la adquisición del derecho a la pensión de vejez en los países tomados en consideración, puede consistir bien en un período determinado de seguro, bien en un período de trabajo o bien en el pago de cotizaciones que lleguen a un total determinado. Pero en algunos países el seguro de pensión se aplica a categorías de personas cuyos recursos son muy modestos mediante la intervención de los organismos de asistencia social. He aquí porque entonces exige como condición para adquirir el derecho a la pensión de vejez, una residencia determinada en el país o la nacionalidad del país de residencia.

El tiempo de trabajo necesario para adquirir el derecho a la pensión de vejez en los países considerados, varía entre 3 y 35 años.

Hay países en que la protección en caso de vejez se garantiza a todos los trabajadores, estando limitada en otros a determinadas categorías de ellos, generalmente con exclusión de los trabajadores del campo y el personal de servicio de las casas particulares. Hay muchos países que prevén un régimen particular para los funcionarios del Estado y para los de servicios públicos a quienes su estatuto de funcionarios haya reconocido derecho a la pensión. Ciertos países también prevén el derecho a la pensión de vejez a los trabajadores independientes.

El punto de vista adoptado por lo general en lo que se refiere al reconocimiento del derecho a la pensión de vejez, es que habría que reconocer la protección material y el reposo a toda persona que en el curso de su carrera de trabajo haya rendido una contribución suficiente mediante su trabajo, siendo útil a la sociedad incluso si esta misma persona se decide a continuar trabajando. Sin embargo, ciertos países no adoptan este punto de vista, por considerar que semejante reconocimiento produce a la vez la obligación para las personas interesadas de cesar en toda actividad, o, por lo menos, de no obtener mediante sus actividades ingresos superiores a un límite determinado.

El importe de la pensión de vejez se fija ya en función de un porcentaje de salario base, ya según la media de las cotizaciones

pagadas; en algunos países finalmente, se establece arbitrariamente una cantidad total fija. Además el importe de la pensión de vejez varía en ciertos países según el sexo, el estado matrimonial (célibe, casada, viuda, etc.), los ingresos personales o el estado de fortuna, el número de miembros de la familia a quienes haya que sostener (si estos últimos no tienen ingresos por título especial) etc. En un número mucho más restringido de países, la cuantía de la pensión se fija teniendo también en cuenta los cambios en el costo de la vida.

Resulta de lo que precede, que el criterio que sirve para determinar la cuantía de la pensión de vejez, varía según los países, pero que la pensión de vejez no alcanza casi en ninguna parte la cuantía del salario real.

Al hacerse beneficiario de una pensión de vejez, el asegurado se desprende por completo de la rama de seguro social de accidente de trabajo, invalidez, maternidad y desempleo, pero continúa beneficiándose de una protección material permanente. Esta protección material o en especie, no sería completa sino se extendiese también, para todos los casos de enfermedad, a los miembros de la familia a cargo del beneficiario de la pensión de vejez. Esta protección debe asegurarse automáticamente, de modo que el otorgamiento del derecho a la pensión de vejez arrastra o prorroga igualmente el derecho al seguro de enfermedad, o sea a la protección sanitaria. En efecto, debe admitirse que hay una continuidad en la protección del asegurado.

El modo de actuación de esta protección, depende del régimen de seguro social de cada país. También está condicionada por el hecho de que la rama de seguro de enfermedad esté o no enteramente separada de la rama de seguro de vejez. Si esta rama está separada del seguro de vejez, la coordinación y la colaboración consisten por una parte, en el hecho de que el seguro de enfermedad concede toda la protección sanitaria necesaria a los beneficiarios de una pensión de vejez, y a los miembros de sus familias, y, por otra parte, en que el seguro de vejez o bien reembolsa al seguro de enfermedad los gastos causados por semejante protección o bien le paga una cotización determinada por la protección sanitaria de los beneficiarios de una pensión de vejez y los miembros de sus familias. En ningún caso debiera fundarse esta protección en el principio que impone la obligación para el beneficiario de la pensión de vejez de pagar por sí mismo una cotización para la protección sanitaria.

En los países en que los sistemas de protección de la vejez prevén que las pensiones puedan atribuirse en el cuadro del seguro de

vejez (si se trata de un asegurado) o por el servicio de previsión social (tratándose de persona cuyos recursos materiales sean modestos), la coordinación y colaboración entre un servicio y otro se hacen en condiciones favorables. No obstante, en los países donde las pensiones de vejez sólo se atribuyen en el cuadro del seguro social, las personas que no llenen las condiciones requeridas para el otorgamiento del derecho a la pensión de vejez, se encuentran en una situación precaria por el hecho de que los órganos de previsión social no les garantizan una pensión, concediéndoles sólo un socorro en especie o en dinero muy a menudo insuficiente para subvenir a las necesidades más elementales.

Por consiguiente, se impone la necesidad de establecer una coordinación y colaboración estrechas entre el seguro social y la previsión social; colaboración que consistiría en que la previsión social suministrase prestaciones en dinero a las personas que no hubiesen adquirido el derecho a la pensión de vejez, y prestaciones complementarias a las que hubiesen adquirido el derecho a una pensión de vejez cuya cuantía fuese insuficiente para cubrir las necesidades vitales del beneficiario y los miembros de su familia.

6. *Protección en caso de muerte.*

La protección concedida en caso de muerte del asegurado, se presenta bajo dos formas:

- 1.—Prestaciones a corto plazo;
- 2.—Prestaciones a largo plazo;

Las prestaciones a corto plazo comprenden, según los países, ya un socorro funerario fijo, ya una indemnización de una vez por los gastos funerarios, ya lo uno y lo otro a la vez.

Las prestaciones de largo plazo comprenden la pensión de los causa-habientes o la renta a los miembros de familia que el difunto sostenía. Estas rentas o pensiones de los que tienen derechos a ellas, pueden ser concedidas a título del seguro de accidente de trabajo o a título del seguro de invalidez, vejez o defunción.

El socorro funerario o la indemnización de una vez por gastos de este género le concede por lo general el seguro de enfermedad, si a la muerte del afiliado estaba afiliado a esta rama de seguro. En caso contrario y si se trata de muerte a causa de accidente de trabajo, los gastos de funeral pueden ser otorgados a título del seguro de accidentes de trabajo. Cuando la defunción ocurre por otros moti-

vos los gastos de funeral se otorgan en ciertos países por el seguro de invalidez, vejez y muerte.

Cuando el asegurado, muerto a consecuencia de la enfermedad o de accidente fuera de trabajo, no llena las condiciones requeridas (espera), en ciertos países se le paga a la familia una cantidad fija de una vez, cuyo importe dependen por lo general de la cuantía de las cotizaciones que haya pagado el sujeto o de la duración del seguro. Los miembros de la familia de un asegurado de esta clase, no pueden ser considerados, por consiguiente, como beneficiarios de una protección material suficiente. Y esta es la causa de que, con el propósito de mejorar la protección material de estas personas y a fin de procurar una protección material suficiente a los miembros de la familia de un asegurado muerto que carece de derechos a una suma total de una vez, se impone la necesidad de una coordinación y colaboración entre los órganos del seguro social y los del servicio público de asistencia social.

Como es necesario, según ya hemos comprobado, que los beneficiarios de una pensión de invalidez o de vejez, continúen teniendo derecho a protección sanitaria a título de seguro social, es decir a las prestaciones en especies gratuitas en caso de enfermedad, es necesario igualmente que las personas que se benefician con la pensión o con la renta de sobrevivientes, se aprovechen igualmente del mantenimiento de esta protección. Evidentemente, no se trata de conceder a estas personas una protección sanitaria extensa que incluya las curas termales y de clima, sino de asegurarle una protección sanitaria suficiente, que incluya la atención médica, las medicinas y el tratamiento en los establecimientos hospitalarios.

Al examinar las distintas eventualidades protegidas por los regímenes de seguridad social en los países tenidos en cuenta, se llega a comprobaciones que conducen a la necesidad de considerar la coordinación y la colaboración desde el punto de vista legal dentro del cuadro nacional. A este propósito, no hay que perder de vista que la legislación social no sólo se ha desarrollado según las necesidades y la evolución de la situación política y económica de cada país, sino igualmente bajo el influjo de las tendencias de la seguridad social moderna, lo mismo que bajo la de una colaboración internacional que se intensifica cada vez más en el dominio de la política mundial.

En los países en que existe desde un tiempo relativamente largo un régimen diferenciado que comprende un régimen general y regímenes especiales creados en épocas diferentes en condiciones dife-

rentes asimismo, nos encontramos a menudo frente a una multitud de prescripciones legales, decretos, reglamentos y circulares que se completan mutuamente, y se superponen, lo que crea complicaciones, provoca interpretaciones distintas, favorece conflictos de competencia y causa dificultades a las personas aseguradas, sin contar con que tales regímenes contribuyen a aumentar el personal administrativo y hacerle perder eficacia.

Cuando se trata de países que poseen varios regímenes de seguro social, un régimen general y varios regímenes profesionales, y en el cuadro de cada uno de estos regímenes de seguro varias ramas de seguro (Austria, Francia, Italia), la cuestión de coordinación y colaboración no sólo se plantea en la escala nacional, sino también en el cuadro del régimen mismo.

Dado que ciertos regímenes, particularmente los regímenes profesionales, no protegen todas las eventualidades, es decir, que no garantizan todas las prestaciones, las personas aseguradas por semejante régimen profesional a veces se benefician de las prestaciones del régimen general que protegen las eventualidades en cuestión. A título de ejemplo, vamos a citar el seguro de los agentes de Estado en Francia, que reciben del régimen general de seguro social prestaciones en especies en caso de enfermedad, de maternidad, y de invalidez, y prestaciones en dinero de parte del empresario (Estado). Lo mismo ocurre con las personas aseguradas y empleadas en la industria de producción y distribución de gas y de la energía eléctrica. Estas personas reciben prestaciones en dinero de sus empresas y prestaciones en especie del régimen general de seguro social. Son indispensables una buena coordinación en el trabajo y una colaboración completa, para evitar complicaciones y resoluciones contradictorias, tales como las que pueden nacer de constataciones médicas que condicionan tanto las prestaciones en especie como las prestaciones en dinero.

Puede muy bien producirse un conflicto entre los expertos médicos de uno y otro régimen, que impida al asegurado la realización inmediata de sus derechos a no ser que uno de los regímenes en litigio asuma a la obligación de pagar al asegurado las prestaciones o las cantidades hasta que la cuestión se resuelva definitivamente.

Para evitar tales dificultades, cada régimen particular debería contar con prescripciones claras y bien definidas. Por ejemplo en Francia está previsto que:

- 1.—Todo beneficiario de seguro de enfermedad larga conserva para sí mismo y para los miembros de su familia, el derecho a todas las prestaciones del seguro de enfermedad en caso de cada nueva enfermedad, igual que el derecho a las prestaciones del seguro de maternidad. Igualmente conserva el derecho a las prestaciones del seguro de muerte;
- 2.—Todo beneficiario de seguro de invalidez conserva derecho a las prestaciones del seguro de enfermedad y del seguro de enfermedad larga para todas las enfermedades, es decir, para la enfermedad que no provoque su invalidez igual que el derecho a las prestaciones del seguro de enfermedad y del seguro de muerte;
- 3.—Todo beneficiario de seguro de maternidad conserva derecho a las prestaciones del seguro de enfermedad, del seguro de enfermedad larga, de invalidez y de muerte;
- 4.—Todo beneficiario de pensión de vejez tiene derecho, para sí y para los miembros de su familia, a las prestaciones en especies del seguro de enfermedad.

Una situación semejante, en cuanto a coordinación y colaboración, existe en ciertos países en que están separados los regímenes especiales (profesionales), y el régimen general nacional de seguro social.

En Austria, donde al lado de la legislación uniforme, hay descentralización en la organización, con varios órganos de seguro social encargados de aplicar la legislación, y donde igualmente se presentan complicaciones y conflictos de competencia las instituciones se han agrupado en federación. La Federación de instituciones de seguro social de Austria vela por la aplicación más rápida, más eficaz y más justa de las disposiciones legales, y por la mejor coordinación y colaboración mutuas.

En Alemania Occidental hay disposiciones legales que reglamentan la cuestión de la coordinación y colaboración en el marco del seguro de enfermedad, y esta coordinación y colaboración se efectúan por asociaciones creadas sobre el plan federal y sobre el de las Lander. No obstante, las disposiciones legales que se refieren particularmente a ciertas otras ramas de seguro (invalidez, vejez y muerte) definen también las relaciones que existen entre estas ramas de seguro y el seguro de enfermedad.

En Suiza, en razón del gran número de órganos de seguro y de que la ley federal deja a los cantones libertad de elegir entre el seguro obligatorio y el seguro voluntario, la situación es bastante diversa no obstante que cierto número de órganos de seguro social son miembros de alguna de las tres grandes uniones que existen en el país.

En la Gran Bretaña, el sistema de seguro nacional garantiza la protección material contra todas las eventualidades. La aplicación de este sistema está confiada a un órgano central (Ministerio de Pensiones y de Seguro Social). Por otra parte el servicio Nacional de Sanidad, que también está regido por un organismo único (Ministerio de Sanidad) asegura la protección sanitaria de la población entera y, consiguientemente, de las personas aseguradas. Los dos servicios garantizan a las personas aseguradas la continuidad de la protección material y sanitaria en todas las eventualidades, desde la enfermedad hasta la muerte. Por esto es por lo que, en cuanto a la atribución de prestaciones a los asegurados, no existen dificultades en la práctica cuya solución debería buscarse por vía de coordinación y colaboración.

Igualmente, en Yugoslavia tampoco se plantea la cuestión de coordinación y colaboración pues la continuidad en la realización de los derechos de los asegurados la garantiza un servicio de seguro social único en las diferentes eventualidades protegidas. La protección sanitaria se garantiza a las personas aseguradas en todas las eventualidades protegidas a expensas del seguro social y por intermediación del servicio sanitario público, cuya colaboración con los órganos de seguro social se encuentra reglamentada por disposiciones legales y por contratos particulares entre los órganos de seguro social y el servicio sanitario.

En Suecia, la cuestión de la coordinación y de la colaboración entre las diversas ramas de seguro social y los servicios similares, hace tiempo que están a la orden del día, y se han realizado continuos esfuerzos para llegar a resolverla. La vigencia de la ley sobre el seguro nacional de enfermedad, sólo data de primero de enero de 1955 habiéndose llegado a obtener resultados reales merced a las disposiciones de la misma ley que previenen tomar ciertas medidas para evitar prestaciones dobles, lo mismo que las controversias a este propósito con motivo de la competencia de los diversos órganos para atribuir prestaciones en determinados casos, etc. Además, esta ley dispone que el fondo público de protección sanitaria está obligado a ayudar a la administración de otras instituciones de protección social y de asistencia social en determinadas condiciones.

Hay que subrayar asimismo los esfuerzos desplegados por Italia para reglamentar la cuestión de coordinación y colaboración. Un decreto de 1954 prevee medidas para desarrollar la coordinación de los diversos órganos de seguro social con el Instituto Nacional del seguro de enfermedad.

También en ciertos países se ha procedido recientemente a una revisión legislativa que representa una mejora en cuanto a la concesión de las diversas formas de protección a los asegurados, haciendo posible igualmente, en ciertos casos, una colaboración más estrecha entre los órganos que conceden esta protección (Alemania Occidental, Alemania Oriental, Brasil, Canadá, Chile, etc.).

De lo que precede resulta que en varios países hay tendencia a conceder cada vez mayor atención a la reglamentación del asunto mediante disposiciones legales. Conviene felicitar de estas tendencias positivas y recomendar a los países que no hayan abordado aún la solución de este problema que es hora de hacerlo. Finalmente, también hay que aconsejar a los países en que el problema en cuestión sólo se haya resuelto parcialmente, que prosigan sus esfuerzos para resolverle por completo en interés de los asegurados.

III. Relaciones entre las diversas ramas de Seguridad Social desde el punto de vista financiero.

Al abordar el examen de las relaciones entre ramas distintas de seguridad social desde el punto de vista financiero, es necesario considerar en una ojeada los diferentes sistemas de financiamiento de la seguridad social.

Estos sistemas varían sensiblemente tanto de un país a otro como entre las diversas ramas de la seguridad social en el mismo país. El financiamiento de las diversas ramas de seguridad social, se efectúa de uno de los modos siguientes.

- 1.—Mediante solo las cotizaciones de los empresarios;
- 2.—Con las cotizaciones de los asegurados y los empresarios;
- 3.—Con las cotizaciones de asegurados y empresarios y participación del Estado;
- 4.—Con las cotizaciones de los asegurados con la participación del Estado;
- 5.—Con las cotizaciones de los asegurados con la participación del Estado;
- 6.—Mediante los fondos de presupuesto del Estado tan solo.

El financiamiento mediante las cotizaciones del asegurado y empresarios con participación del Estado, es el que se practica más en el seguro de enfermedad y maternidad, y luego en el de invalidez, vejez y muerte.

El financiamiento de seguros de accidente de trabajo se hace en la mayor parte de los países exclusivamente con las cotizaciones de los empresarios.

Las cotizaciones en diversas ramas de seguridad social, se perciben según un porcentaje determinado del salario que se garantiza; porcentaje que se establece bien para cada rama de seguridad social aparte, ya globalmente para todas las ramas del régimen de seguridad social. En este último caso los recursos que se perciben se reparten por regla general, entre las diversas ramas del régimen según porcentajes establecidos.

La cuantía de la cotización depende, por una parte de los compromisos previstos, y, por otra, del sistema según el cual se efectúa el cumplimiento de los compromisos.

El financiamiento de la seguridad social por el presupuesto del Estado, puede ser en la práctica un estorbo a la agilidad de funcionamiento de la seguridad social. Por otra parte, con este sistema de financiamiento de la seguridad social, ésta puede tomar el aspecto de una institución de asistencia social, dado que las prestaciones en dinero y en especie, en semejante sistema, pueden tomar más bien el carácter de un socorro del Estado que el de goce de derechos adquiridos por el asegurado.

Existe una vinculación entre el modo de financiamiento de la seguridad social y la organización de las instituciones de seguridad social. Cuando el financiamiento se realiza mediante las cotizaciones de los asegurados o de los empresarios, las instituciones de seguridad social son autónomas, por regla general, desde el punto de vista financiero. Lo mismo sucede cuando el Estado participa en el financiamiento de la seguridad social, al lado de los asegurados y de los empresarios. Sin embargo, si el financiamiento se hace exclusivamente por el presupuesto del Estado, las instituciones de seguridad social son, en principio, instituciones de Estado que es incompatible con la autonomía de financiamiento y de gestión.

Puede decirse que el sistema de financiamiento de la seguridad social está estrechamente relacionado con la organización social y

económica de cada país. En todo caso tratándose de elegir el sistema de financiamiento de la seguridad social, conviene tener en cuenta los intereses materiales de los asegurados y buscar, por medio de diversos instrumentos económicos, influir en la repartición del provecho nacional tan equitativamente como sea posible.

El progreso continuo en el desarrollo de la seguridad social especialmente después de la segunda guerra mundial, exige una atención tan grande como sea posible concedida al alcance de la seguridad social, porque de un buen o un mal estado financiero de la seguridad social dependen, no sólo la cuantía de las cotizaciones, sino también la importancia y extensión de los derechos de los asegurados.

El problema esencial que se plantea en conexión con el financiamiento de la seguridad social, por una parte es la cuestión del equilibrio entre los ingresos y los gastos, y, por otra, la relación entre el financiamiento de la seguridad social y la economía nacional.

La cuestión del equilibrio entre los ingresos y los gastos se plantea especialmente en relación con las ramas de la seguridad social, que, desde el punto de vista financiero, son enteramente autónomas. Así, en el seguro de enfermedad, cuando los ingresos no cubren los gastos y no existen reservas suficientes para colmar el déficit (que tampoco está cubierto por el Estado), podrá efectuarse una reducción de las prestaciones hasta el límite del mínimun legal, o bien se podrán elevar las cotizaciones en esta rama del seguro social. De este modo, el desequilibrio entre los ingresos y los gastos, en las diversas ramas de seguridad social, puede alcanzar a los asegurados no sólo en lo que se refiere a la importancia y extensión de sus derechos, sino también en sus recursos, en caso de elevación del importe de las cotizaciones de seguridad social.

Supuesto que las cotizaciones incumben en definitiva a la comunidad, abstracción hecha de su procedencia, en materia de financiamiento habría que establecer una coordinación y una colaboración entre las ramas diversas de la seguridad social, a fin de cubrir todos los gastos, responder a los compromisos de todas las ramas de seguridad social y asegurar un equilibrio entre los ingresos y los gastos, no sólo en una rama determinada, sino en todas la del régimen de seguridad social. Esto aboga en favor de la tésis que quisiera que todas las ramas de la seguridad social constituyen una comunidad de riesgo único, de manera que la rama que hubiese logrado un excedente de ingresos, pudiese cubrir el exceso de los gastos de la rama cuyos ingresos no fuesen suficientes para responder a sus compromisos. Por esto, fácilmente y sin grandes repercusiones podría llegar-

se a una coordinación de prestaciones de todas las ramas de seguridad social, por una parte, y, por otra de las necesidades de la economía nacional y sus fluctuaciones. En caso de varias instituciones autónomas de la misma rama de seguridad social o de varios regímenes especiales (profesionales), estos, desde el punto de vista financiero, deberían constituir una comunidad de riesgo único dentro del cuadro del régimen general.

Tal sistema de coordinación y colaboración en el financiamiento de la seguridad social, se hace necesario igualmente en razón de que los derechos del asegurado en la seguridad social moderna no son proporcionados a las cotizaciones pagadas por él o para él, sino que están determinadas y garantizadas independiente de las cotizaciones mismas o de la duración del período de espera. De este modo, la solidaridad financiera asegura a cada uno de los beneficiarios del régimen de seguridad social, la plena protección contra todas las eventualidades, pues los que no necesitan prestaciones contribuyen para los que la necesitan.

El sistema permite también coordinar los gastos de seguridad social en función con las posibilidades financieras y económicas del país. Efectivamente las dificultades financieras que sobrevengan en una rama de seguridad social, podrían ser vencidas en el cuadro mismo del sistema de seguridad social, con lo cual se impediría recurrir al aumento de la cuantía de las cotizaciones o a la reducción de las prestaciones en aquella rama de seguro. Por consiguiente, el equilibrio entre los ingresos y los gastos puede realizarse, dentro de este sistema, mediante la utilización mejor de la masa de ingresos de todas las ramas de la seguridad social, al efecto de cubrir toda clase de eventualidades. Además este sistema permite emplear de una manera más racional los medios financieros disponibles para hacer frente a los compromisos previstos; permite crear fondos de reserva que puedan emplearse para cubrir gastos imprevistos, y, eventualmente, para mejorar las prestaciones en dinero y en especie.

IV. Relaciones entre diversos órganos de la Seguridad Social desde el punto de vista administrativo.

El problema de las relaciones recíprocas entre las diversas ramas de la seguridad social, examinado desde el punto de vista administrativo, es muy importante, porque de la naturaleza de las relaciones entre los órganos de gestión y los de administración de las diversas ramas de la seguridad social, es de lo que dependen, en de-

finitiva, la aplicación justa y racional de las leyes y reglamentos de seguridad social. Por esto es de primordial interés que la actividad de los órganos de gestión y administración se organicen de modo que permita a los asegurados obtener la protección a que tienen derecho con la mayor rapidez posible.

En los países tomados en consideración, el sistema de gestión y administración en cada rama de la seguridad social o en el conjunto del régimen puede fundarse bien en el principio de la centralización, bien en el de la descentralización. Por otra parte, en estos países las instituciones de seguridad social o se fundan en el principio de autonomía, con control más o menos extenso del Estado, o están enteramente estatizadas. En este último caso, la seguridad social se aplica mediante los órganos del Estado.

En ciertos países, donde la seguridad social está organizada según el principio de la descentralización, con una autonomía relativa o absoluta, existen órganos regionales o nacionales que controlan el funcionamiento de las instituciones de seguridad social en su respectivo territorio coordinando las actividades de las instituciones mismas, atendiendo a la legalidad de sus actos y concediéndoles la asistencia necesaria.

Hay que subrayar que la autonomía en la gestión y administración de la seguridad social, por lo regular, conduce a una autonomía financiera.

Si examinamos la organización de la seguridad social en los distintos países desde el punto de vista de los principios de la centralización y de la descentralización, comprobaremos que en la rama del seguro de enfermedad y maternidad se adopta por lo general el principio de descentralización, dado que se trata de eventualidades cuya protección se efectúa en contacto diario, por decirlo así, con las personas aseguradas, bajo forma de prestaciones a corto término, por el contrario, en las otras ramas que conceden prestaciones a largo término y exigen medio financiero más importantes (seguro de accidente de trabajo, invalidez, vejez y muerte), por lo general se adopta el principio de centralización.

Una institución de seguridad social que se organice según el principio de autonomía, se compone por lo general de un órgano de gestión, representativo, de las personas interesadas, y de un aparato administrativo técnico.

No es necesario aquí exponer la composición del aparato administrativo técnico, así como sus métodos de trabajo; pero conviene

subrayar la estructura del órgano de gestión en los países considerados, porque esta estructura no sólo es el reflejo del grado de desarrollo de la seguridad social, sino también del estado de las relaciones políticas y económicas en el país que se considera. En los órganos de gestión de la seguridad social, están representados bien los empresarios, los asegurados y el Estado, bien los empresarios y el Estado, bien los asegurados tan sólo.

En la mayor parte de los casos, la representación es tripartita, es decir, que los representantes de los asegurados, de los empresarios, y del Estado, toman parte conjuntamente en la gestión de las instituciones de seguridad social. Ya en igual número o ya teniendo mayoría la representación de los asegurados. Sin embargo, en ciertos casos poco numerosos, las instituciones de seguridad social las rigen los representantes del Estado y de los empresarios, con exclusión de los asegurados. También hay casos en que la gestión de la seguridad social se confía exclusivamente a los asegurados, en todos los grados de su estructura económica de suerte que se aplica estrictamente el principio de autogestión.

El desarrollo histórico de la seguridad social enseña que la clase obrera, mediante su lucha, ha contribuido en la más amplia medida a la creación y progreso de la seguridad social, puesto que se trataba de la protección de sus intereses vitales y fundamentales, que los demás interesados no siempre han dado prueba de comprender suficientemente.

Lo normal sería, pues la experiencia adquirida hasta ahora en cierto número de países no desmienten esta manera de ver, que se confiara exclusivamente a los mismos asegurados la gestión de los organismos de seguridad social, o se les garantizara una participación preponderante en esta cuestión. Tal sistema de gestión crearía, en efecto, las condiciones más favorables para el perfeccionamiento y progreso continuo de la seguridad social, porque son los asegurados, en primer término los más profundamente interesados en tal sentido.

Para aplicar con éxito la seguridad social y para mantener la continuidad de prestaciones a los asegurados, se necesita una estrecha coordinación y colaboración entre los órganos de todas las ramas de seguridad social en los países en que todas ellas no se agrupan en la misma institución. Esta colaboración es indispensable, sobre todo entre los órganos del seguro de enfermedad y maternidad, por una parte, y, por otra de las demás ramas de seguro social.

Los órganos del seguro de enfermedad (cajas de enfermedades

institutos), son las instituciones de seguridad social que, por la naturaleza misma de sus tareas, entran primeramente en contacto con los asegurados, concediéndoles prestaciones a corto plazo en dinero o en especies. Por consiguiente, estas instituciones se encuentran en posibilidad de llevar a cabo en las mejores condiciones y al lado de sus funciones regulares, todos los preparativos necesarios para el tránsito de los asegurados desde la rama del seguro de enfermedad y de maternidad a otra rama de seguridad social (por ejemplo; del seguro de enfermedad al seguro de accidente o al de invalidez). Por esta razón la colaboración de las instituciones del seguro de enfermedad con los órganos de otras ramas de seguridad social, se hace necesaria en este dominio.

Hay lugar a subrayar que en ciertos países existe ya cierta colaboración, más o menos extensa, entre los órganos del seguro de enfermedad y maternidad y los de otras ramas de seguridad social.

Tal colaboración se establece por el hecho de que los órganos del seguro de enfermedad:

- a) perciben las cotizaciones para todas las ramas de seguridad social, reteniendo un porcentaje determinado de las cotizaciones para atender a sus necesidades, y transmitiendo el resto de las cotizaciones a los órganos competentes de otras ramas de seguridad social;
- b) ejercen el control de los asegurados que cotizan;
- c) pagan compensaciones a los órganos de otras ramas y de seguridad social y reciben compensaciones de los mismos, y
- d) a menudo conceden a los asegurados de todas las ramas de seguridad social, todas las prestaciones en especie.

Indudablemente es útil adoptar estas formas de colaboración, perfeccionándolas constantemente, una vez adoptadas, para asegurar el funcionamiento normal del conjunto de la seguridad social, para facilitar su administración y para satisfacer los intereses de los asegurados.

V. Relaciones entre los órganos de seguridad social y los servicios públicos especialmente del servicio sanitario y el de asistencia social.

Dado que la seguridad social ocupa puesto tan importante en la vida social y desempeña un papel de primer orden en la vida y el trabajo de las capas más amplias de la población activa, se comprende que se hayan establecido numerosas relaciones entre los órganos de

seguridad social y los de servicio público. Estas múltiples relaciones se manifiestan bajo formas diversas y, en la mayor parte de los casos, en la colaboración mutua para asegurar la protección sanitaria y material a las personas que la necesitan.

La extensión de la colaboración depende en ciertos países del sistema de seguridad social vigente y del papel atribuido por la legislación a los servicios públicos en la reglamentación de las gestiones sociales y sanitarias.

Cuando se trata de relaciones entre los órganos de seguridad social y los de servicio público, hay que entender por servicios públicos los siguientes: servicio sanitario, servicio de previsión social, servicio de higiene general y especial, servicio de inspección sanitaria, servicio de inspección de trabajo, así como una serie de otros servicios que en razón de su actividad propia están en contacto con los órganos de seguridad social.

1. Relaciones con el servicio sanitario.

En la mayoría de los países considerados, las disposiciones legislativas obligan a los órganos de seguridad social a garantizar a las personas aseguradas un servicio sanitario eficaz, sin atender al hecho de que el servicio sanitario esté incluido en el servicio general de seguro social o que esté organizado independientemente del mismo.

Las relaciones entre los órganos de seguridad social y el servicio sanitario en los países considerados, dependen, en buena parte de la organización del servicio sanitario y de la manera de conceder la protección sanitaria a las personas aseguradas. En los países donde el servicio sanitario está incluido en el sistema de seguridad social, la cuestión de las relaciones mutuas entre ellos, de la organización del trabajo y de la colaboración, está simplificado, dado que todos los problemas se resuelven en común según las necesidades del servicio único, médico y social.

Esta organización, al lado de ciertas ventajas aparentes, presenta algunos inconvenientes también.

Los inconvenientes consisten en la aparición, mayor o menor, de particularismos no conformes con la orientación fundamental de la política sanitaria general. Por otra parte, el servicio sanitario que está incluido en el sistema de seguridad social, no dispone de todas las instituciones sanitarias necesarias o de cuadros profesionales que puedan satisfacer por completo las necesidades de los asegurados en

todas las circunstancias. Los servicios sanitarios que forman parte de la seguridad social, tienen el carácter de servicios sanitarios incompletos que nunca llegan a abarcar en su conjunto la complejidad de la protección sanitaria del asegurado. El servicio sanitario íntegro puede ser muy útil para la seguridad social, pero no siempre está en disposición de marchar a igual paso que el desarrollo de la práctica médica moderna, sobre todo en el dominio de las investigaciones y de la terapéutica, por la razón de que esto exige gastos de equipo elevados y cuadros especiales.

Hay cierto número de países en que la protección sanitaria se concede al conjunto de la población sin tener en cuenta el hecho de que los individuos que la componen estén asegurados o no por un servicio sanitario público sostenido por el presupuesto del Estado.

En los países donde existe tal sistema de protección sanitaria, la coordinación y la colaboración entre los órganos de seguridad social y el servicio sanitario, se desenvuelven en condiciones favorables, porque los problemas que surgen se resuelven de común acuerdo entre los órganos supremos de uno y otro servicio. En este sistema la situación de los órganos de seguridad social se facilita con aptitud, puesto que la ejecución de una parte de sus obligaciones legales y financieras la asegura el servicio sanitario público, lo cual les permite dedicarse enteramente al cumplimiento de otras obligaciones para con los asegurados.

Países hay, sin embargo, en que el otorgamiento de los servicios sanitarios a los asegurados, aun cuando esté acordado por mediación del órgano de servicio sanitario público, es muy diferente, en el sentido de que los servicios los paga el órgano de seguridad social, el cual, por consiguiente, participa en amplia medida al financiamiento del servicio sanitario público.

En la práctica de este sistema la colaboración y la coordinación entre los órganos de uno y de otro servicio toman evidentemente proporciones muy importantes. El gran interés del servicio sanitario para el seguro social le suscita el hecho de que obtiene aquél de ésta ingresos enormes. Por otra parte, el interés del seguro social por el servicio sanitario surge también del hecho de que este servicio es el ordenador único de los gastos de seguridad social para las prestaciones en especie.

Hay varios países en que los asegurados, según el principio de libre elección, pueden dirigirse bien a las instituciones de servicio sanitario público, bien a las privadas o a los médicos particulares.

Dentro de este sistema, el asegurado se ve obligado a pagar con sus fondos propios el servicio sanitario que se le suministra, reembolsándosele después los gastos que haya hecho, según reglamento fijo.

Este sistema tiene la consecuencia de crear relaciones más extensas y complejas entre los órganos de seguro social y el servicio sanitario, pues tales órganos están obligados a establecer relaciones no sólo con las instituciones sanitarias del sector público y del privado, sino igualmente con los médicos particulares. Para mejorar las condiciones en que se desarrollan la coordinación y la colaboración y para prevenir abusos eventuales los organizadores de la seguridad social han creado por sí mismo cierto número de instituciones sanitarias de destino especial (por ejemplo: dispensarios, balnearios, casas de convalecencia), y un servicio de control. Además han delegado su personal de expertos cerca de organismos de gestión o de consulta del servicio sanitario, admitiendo por su parte representantes de este servicio en sus órganos correspondientes.

Hemos encontrado estas formas de relación entre los órganos de seguridad social y el servicio sanitario en varios de los países tomados en consideración. Conviene precisar que las diversas modalidades de los sistemas expuestos adoptadas por los diferentes países lo han hecho así adaptándose al medio y a circunstancias específicas. Como ya hemos mencionado, el servicio sanitario desempeña el papel de ordenador de las prestaciones en especie. Además, también ejerce la fundición de ordenador para las prestaciones en dinero.

Esta función consiste sobre todo en la evaluación del estado de incapacidad temporal para el trabajo y del estado de invalidez que sirven de base para la atribución de prestaciones a corto y largo plazo. Esta evaluación exige altas calificaciones profesionales desde el punto de vista médico, un conocimiento particular de las condiciones específicas del trabajo en diversas profesiones y una objetividad en las decisiones y pareceres.

El problema de la evaluación de la incapacidad temporal para el trabajo o de la incapacidad permanente, es muy complejo y da lugar a soluciones diferentes en los países considerados, según la organización de las relaciones entre la seguridad social y el servicio sanitario. Allí donde la organización de la seguridad social posee su servicio sanitario propio, la evaluación de la incapacidad para el trabajo se hace dentro del marco de la institución misma de seguridad social. La decisión en cuanto al recurso del asegurado la toma el órgano su-

perior de seguridad social, que dispone igualmente del personal de expertos necesarios (Médicos especialistas y comisiones médicas).

En los sistemas en que el servicio sanitario está separado de los organismos de seguridad social, la evaluación de la capacidad de trabajo en primer grado la hacen los médicos autorizados que tratan a los sujetos, o los médicos que les tratan libremente, elegidos por los asegurados mismos. Estos médicos examinan y tratan a los asegurados cuando el órgano de seguro, por su parte, tiene a su servicio médicos funcionarios de control (médicos de confianza, Vertrauensarzt) cuya misión es comprobar por su propia iniciativa, o a petición del asegurado, el criterio aplicado en la evaluación hecha por el médico que trata el sujeto. En ciertos países, tal sistema lleva consigo comisiones médicas de primero y segundo grados que mantienen relaciones con la institución de seguro social, dan pareceres y estatuyen en primer grado, así como en los recursos de los asegurados.

Como se ve de lo que precede, las relaciones entre la seguridad social y el servicio sanitario son tales que se impone obligatoriamente la colaboración entre ambos servicios. Estas relaciones exigen que la colaboración revista formas tan perfectas como sea posible, para que resulte así una buena organización de la protección sanitaria y una buena calidad de los servicios.

El problema de las relaciones entre los órganos de seguridad social y el cuerpo médico, fue objeto de un examen especial y amplio de la XI Asamblea General de la A.I.S.S., que adoptó sobre este asunto conclusiones útiles.

Esta es la razón que nos ha llevado a evitar repeticiones en la exposición presente, haciendo resaltar tan sólo lo esencial del problema, que siempre es de una gran actualidad, a lo que parece por causa de que las conclusiones de la Asamblea General a que nos referimos todavía no se han puesto en práctica. El interés de la seguridad social y de los asegurados exige, no obstante, que se dedique a este problema una atención particular, pues puede ser resuelto con éxito y sin grandes dificultades, a poco de que los órganos interesados pongan en ello buena voluntad.

2. Relaciones entre los órganos de seguridad social y el servicio de asistencia social.

En gran número de los países considerados, además del servicio

de seguridad social, existe también un servicio de asistencia social, confiado principalmente a las autoridades locales.

La tarea de este servicio es suministrar ayuda material y protección sanitaria a aquellos grupos sociales que por cualquier razón no se encuentren en situación de procurarse los medios de subsistencia necesarios mediante su trabajo o no pueden beneficiarse del seguro social, así como también a las personas que gocen de ciertas prestaciones a título de seguro social que sean insuficientes para subvenir a las necesidades mínimas de la vida.

Por otra parte, en los países donde los sistemas de seguridad social no se han desarrollado hasta el punto de cubrir todas las eventualidades, los órganos de asistencia social componen en cierto modo un complemento de seguro social, puesto que conceden socorros a los asegurados víctimas de una eventualidad que el seguro social no cubre, y que, por tanto han quedado sin protección.

A consecuencia del desarrollo constante de la seguridad social, en el sentido de una elevación del número de personas aseguradas y también en el de las eventualidades cubiertas, el papel de la asistencia social pierde progresivamente importancia comparado con el del seguro social. Sin embargo, las relaciones políticas, económicas y sociales no han llegado todavía en el mundo a tal grado de desarrollo que se pueda suprimir la miseria, haciéndose sentir siempre la existencia de personas sin recursos, en medida más o menos amplia según los países, así como la necesidad de un servicio de asistencia social organizada con estrecha coordinación y colaboración del mismo y la seguridad social.

3. Relaciones entre los órganos de seguro social y el servicio de higiene general y especial, la inspección sanitaria y la inspección de trabajo.

El servicio de seguridad social está interesado en el conjunto de la actividad de las instituciones de higiene general y especial, la inspección sanitaria y la inspección de trabajo.

La actividad de las instituciones de higiene general y especial se orienta hacia la protección de la salud del conjunto de la población, y, por lo mismo de la salud de las personas aseguradas. Esta protección se aplica mediante medidas preventivas y profilácticas. La colaboración entre tales instituciones y los órganos de seguridad social, existen en numerosos países en mayor o menor escala. Múltiples son

las formas de esta colaboración. En algunos países existen órganos particulares de coordinación encargados de armonizar la actividad de tal clase de instituciones con los organismos de seguridad social. En otros países, la colaboración se manifiesta en la participación que toma el servicio de seguridad social en el cumplimiento de las medidas de higiene y profilaxia. Por último, en ciertos casos, las medidas preventivas y profilácticas, se aplican independientemente por la seguridad social sobre todo en los países en que ésta posee su propio servicio sanitario.

Dado que la colaboración con estos servicios evidencia su eminente utilidad para la seguridad social, sería deseable que se realizara también donde aún no existe y que continuara desarrollándose y extendiéndose donde exista, no sólo de hecho, sino también mediante prescripciones legales.

Los órganos de seguridad social también están interesados en igual medida en la actividad propia de los órganos de inspección sanitaria y de la inspección del trabajo, dado que esta actividad es de gran importancia para la protección de la salud y la vida de los asegurados. Es indispensable la colaboración con estos órganos, la cual reviste formas más precisas que en la colaboración con las instituciones de higiene general y especial, por la razón de que en la mayor parte de los casos las disposiciones legales reglamentan las modalidades de la colaboración misma. También sería conveniente que se hicieran esfuerzos para que la coordinación y colaboración de que hablamos se aceptasen y realizasen en todos los países.

Cuando se trata de relaciones entre los órganos de seguridad social y las instituciones de higiene general y especial, la inspección sanitaria y la inspección de trabajo, nunca deberían perderse de vista los resultados importantes obtenidos en muchos países en materia de medicina del trabajo y de higiene industrial. Esta nueva y joven rama de la ciencia médica es muy importante para la seguridad social, habiendo permitido obtener en la práctica éxitos apreciables en la mejora de las condiciones de trabajo y en la reducción del número de enfermedades profesionales y de accidentes de trabajo. Las adquisiciones prácticas de esta ciencia demandan que se establezca una estrecha colaboración entre ella y los órganos de seguridad social, los de servicio sanitario y las empresas.

VI. Conclusiones.

Resulta de todo lo expuesto que, en conjunto, la situación actual en los países considerados, en cuanto concierne a las relaciones entre

las diversas ramas de seguridad social, así como entre los órganos de seguridad social y los de otros servicios públicos cuya actividad se relacionan con la misma, no es satisfactorio.

Hay países que han desplegado esfuerzos y continúan haciéndolo para resolver este problema de colaboración y coordinación, pero las medidas tomadas para ello aunque hayan conseguido una mejora de la situación, no dejan de ser insuficientes. Tales medidas no han llegado hasta el fin en la solución del problema y siempre hay lagunas desde el punto de vista legislativo, financiero y administrativo, tanto en el seno de un mismo régimen como en las relaciones entre diversos de ellos. Semejante estado de cosas crea dificultades a los asegurados mismos en lo que se refiere a la adquisición, realización y disfrute de sus derechos, por una parte, y, por otra a las instituciones de seguridad social en el cumplimiento de sus tareas. Las consecuencias más graves de este estado de cosas, en cuanto a los asegurados, se manifiestan en la inexistencia de la continuidad de las prestaciones y en la desproporción del importe de las prestaciones otorgadas por diversas ramas de seguridad social.

Frente a esta situación, el problema de la coordinación y colaboración entre diversas ramas de seguridad social, permanecen siempre con carácter actual. La A.I.S.S., ya ha dado la iniciativa de un estudio del problema, gracias a la cual se han conseguido ya resultados notables a este propósito. Dada su autoridad y su competencia en la materia, sería deseable que continuase sus esfuerzos en tal sentido. Debería proseguir de una manera más profunda el estudio de esta cuestión, teniendo en cuenta las proposiciones y sugerencias que se hacen en este informe, ensayando el hallazgo de las mejores condiciones posibles del problema. También debería, por medio de sus miembros, proponer a los gobiernos que tomasen las medidas adecuadas, según las condiciones específicas de cada país. Por último sería útil que, dadas las estrechas relaciones que existen entre ella y la Organización Internacional del Trabajo, propusiera a esta organización que ella también emprendiese el examen de problema tan importante a fin de hallar su solución en la escala internacional bajo forma de recomendaciones o de convenciones.