

CAPÍTULO II

ALGUNOS PROBLEMAS DE ACTUALIDAD

La introducción de un sistema de seguros sociales en la economía nacional, sobre todo cuando se trata de englobar a una parte importante de la población, plantea diversos problemas fundamentales, que deben resolverse antes de organizar el seguro en cuanto a sus prestaciones, sus recursos e instituciones encargadas de su administración.

Estos problemas previos se refieren ante todo a la incidencia probable o posible de las cargas previstas, a su influencia en materia de salarios, beneficios y precios, así como a la elección de los riesgos que se desea cubrir y a la determinación de los trabajadores o regiones que abarcará el seguro. Revisten evidentemente un carácter muy complejo y no pueden resolverse sin tener en cuenta las circunstancias propias de cada situación : la elección de los riesgos que deben cubrirse, por ejemplo, dependerá no sólo de la urgencia y de la importancia de las necesidades que han de satisfacerse, sino también del nivel de los recursos y de la existencia de un personal administrativo disponible para la aplicación del seguro ; para esta elección debe tenerse en cuenta asimismo la necesidad más o menos imperiosa, según las regiones de que se trate, de familiarizar a la población con la idea del seguro social y de permitirle darse cuenta de los servicios que puede prestar el seguro y las obligaciones que lleva consigo.

Por último, la aplicación de cualquier sistema de seguro social requiere ciertas bases económicas y sociales (medios de comunicaciones, desarrollo de los intercambios comerciales, condiciones de vida de la población asegurada) que permitan un contacto suficientemente directo y constante entre las instituciones de seguros y los interesados. En los países que se encuentran aún en los comienzos de su evolución, apenas puede aplicarse el seguro en las regiones más adelantadas y en aquellas cuya población sea particularmente densa o se hallen provistas de medios de comunicación desarrollados. Es sin duda cierto que los habitantes de estas regiones son los que tienen relativamente

menos necesidad de protección social; pero esta necesidad considerada en sí misma, sin tener en cuenta la de las poblaciones radicadas en regiones poco adelantadas, es de todos modos sumamente urgente; por otra parte, la implantación del seguro en las regiones en que puede administrarse más fácilmente, constituye para los países jóvenes el mejor medio de preparar el porvenir.

La solución que reclamen los problemas antes enunciados variará, no solamente en el espacio, sino también en el tiempo.

Todo lo que puede decirse es que, sin duda, la cobertura de los accidentes, de la enfermedad y de la maternidad puede en general considerarse como de la mayor urgencia. Esta cobertura tiene además la ventaja de dar a conocer inmediatamente a los asegurados los beneficios que obtienen o pueden obtener del seguro en un momento dado; cualquiera puede, en efecto, padecer una enfermedad o sufrir un accidente cuando menos lo espere. Estos riesgos quedan inmediatamente cubiertos desde la entrada en vigor del seguro sin un largo período previo de cotización; su cobertura muestra a los asegurados la provechosa utilidad del sistema al que están obligados a cotizar.

Ahora bien, desde el punto de vista psicológico, es esencial que, al principio de su aplicación, el seguro dé inmediatamente sus frutos, dependiendo en muy amplia medida su entrada en vigor de la posibilidad de demostrar a la población que engloba, el interés que tiene ésta en colaborar con los Poderes públicos para protegerse contra los riesgos que corre. No existe obligación legal durable sin un consentimiento general de los interesados, siendo necesario, de toda evidencia, obtener el pago exacto de las cotizaciones fijadas y la observancia de las disposiciones legales que regulan el derecho a las prestaciones, y sin poner en marcha una serie de medidas coercitivas.

El hecho de que diariamente se presentan los riesgos cubiertos y cierta liberalidad en la concesión de las prestaciones constituye sin duda el mejor medio para mostrar a la población afiliada las ventajas del régimen de seguro a que se halla obligada a cotizar, y esto es precisamente lo que ocurre, acto seguido a la entrada en vigor del seguro contra accidentes o del seguro de enfermedad-maternidad.

Es cierto que se puede también, por lo menos en teoría, cubrir desde la entrada en vigor de un sistema de seguro, los riesgos de vejez, invalidez y muerte que se produzcan, sin exigir de los asegurados beneficiarios de las prestaciones un largo

período previo de cotización efectiva. Se trata en este caso, sin embargo, de sistemas forzosamente costosos cuando sus prestaciones garantizan una protección eficaz y cuando tienen un verdadero valor económico y social.

Por muy variables que sean estas consideraciones, no se imponen desde luego sin el correspondiente examen.

La cobertura, mediante el seguro obligatorio, del riesgo de enfermedad, el más grave sin duda de los riesgos físicos del trabajador, puede, por ejemplo, parecer menos urgente que la reforma de un sistema de seguro de vejez, si, por una parte, las capas menos favorecidas de la población pueden beneficiar de un régimen de asistencia médica suficientemente completo y accesible, y si, por otra, el sistema que ha de reformarse se encuentra en situación verdaderamente precaria.

La ponderación de los diversos factores que determinan la urgencia o prioridad de los riesgos que han de cubrirse, la inclusión o exclusión de tal región o categoría de trabajadores en el campo de aplicación del seguro, no podría apreciarse de antemano, sino solamente en un terreno concreto.

Un estudio general, teórico y abstracto, no podría ser de verdadera utilidad para las autoridades llamadas a pronunciarse sobre la solución que debe darse a cada uno de estos casos particulares.

Por el contrario, se puede, según parece, proponer en forma útil a la Conferencia el examen de cierto número de cuestiones relativas a la organización general del seguro, las formas que éste puede revestir, la orientación que debía seguir con más provecho, en una palabra, los medios que han de estudiarse para alcanzar la finalidad perseguida una vez resueltos los problemas previos de la elección de los riesgos a cubrir y de las categorías de trabajadores o de regiones a englobar en el seguro.

Tal es el objeto de la presente exposición, que tiene un carácter puramente indicativo y que se propone tan sólo desarrollar y profundizar en ciertos aspectos el estudio general llevado a cabo por la Conferencia de Santiago.

§ 1. — Accidentes del trabajo

Las medidas adoptadas en materia de reparación de accidentes del trabajo muestran la tendencia, cada vez más acentuada durante los últimos años, a garantizar mejor los derechos de los trabajadores víctimas de accidentes, mediante un régimen

de seguros severamente controlado. Al mismo tiempo, dichas medidas subrayan la necesidad de extender el campo de aplicación de la reparación de accidentes a todos los trabajadores agrícolas.

a) *Extensión de la reparación a los trabajadores agrícolas*

El número de accidentes del trabajo puede disminuirse sin duda alguna con medidas adecuadas y precauciones minuciosas. Ahora bien, la organización de la prevención, por muy perfeccionada que llegue a estar, no suprimirá el riesgo ; los accidentes son mucho más numerosos en la agricultura de lo que se supone generalmente.

Se han elaborado estadísticas detalladas de la incidencia del riesgo, teniendo en cuenta el género de cultivos, la causa de aquél y sus consecuencias ; tales estadísticas proporcionan numerosas enseñanzas tanto sobre la orientación que debe darse a la acción preventiva como sobre las diferencias que podrían establecer las tarifas de seguro según las explotaciones, los medios mecánicos que éstas empleen, etc. ; las estadísticas permiten deducir igualmente diversas indicaciones acerca de la frecuencia de los accidentes mortales : ésta oscila, según el grado de evolución de los países considerados, alrededor de 20 a 25 o 30 accidentes mortales por cada 10.000 obreros ocupados, que trabajen todo el año.

Es muy considerable, por otra parte, el número de accidentes que sólo originan una incapacidad de ganancia de corta duración : según las estadísticas húngaras, el 30 por 100 aproximadamente de los accidentes en la agricultura se curan en el espacio de una semana ; el 60 por 100 requiere dos semanas y el 10 por 100 llega a cuatro semanas a contar desde el día en que se produjeron. Las estadísticas suecas indican que alrededor del 40 por 100 de los accidentes originan una incapacidad « permanente » con arreglo a la ley.

Estas estadísticas demuestran también lo muy equivocado que sería creer que los accidentes causados en el campo por las máquinas son siempre los más graves y frecuentes. Las estadísticas francesas atribuyen aproximadamente el 30 o el 40 por 100 de los accidentes en la agricultura, al empleo de motores, mientras que las estadísticas húngaras señalan sólo alrededor del 15 por 100 (18 por 100 de accidentes mortales).

Por lo demás, la excepción de las empresas que no presentan ningún riesgo específico o particular de accidentes, tropieza

con una objeción general aplicable tanto a la agricultura como al comercio o la industria. Casi no puede sostenerse la tesis de que una empresa esté exenta de la obligación de reparar los accidentes que en ella ocurran, con el pretexto de que éstos son poco frecuentes. En efecto, un trabajador víctima del riesgo sólo encontrará un ínfimo consuelo al pensar que el daño recibido se debe a una causa completamente excepcional.

Por último, el hecho de que una empresa no presente sino un escaso riesgo de accidentes, tiene por consecuencia el pago de una prima de cotización muy pequeña y, por lo tanto, fácilmente soportable.

b) *Definición de los trabajadores asegurados*

Las leyes de reparación de accidentes basadas en el principio del riesgo profesional exigen que se repare todo accidente del trabajo sufrido por un asalariado, ya se trate de un obrero o de un empleado, y que el salario sea bajo o elevado. El sexo, la nacionalidad, la edad, el carácter de la actividad, la duración del empleo, etc., no deberían afectar normalmente a la aplicación del principio.

En la realidad, sin embargo, la mayoría de las leyes referentes a la reparación de accidentes del trabajo introducen algunas restricciones en su campo de aplicación. Las más importantes para la agricultura se refieren a la situación de los trabajadores de temporada, a los que sólo ejecutan un trabajo asalariado a título excepcional, al menos en concepto del empleador que utilice sus servicios, y a la situación de los trabajadores independientes o asimilados.

La situación de los trabajadores de temporada, la de aquellos que sólo ejercen un empleo asalariado a título excepcional, ha sido objeto de numerosos estudios cuya parte esencial se resumió en el informe sometido a la Conferencia de Santiago. Esta decidió, por lo demás, que la legislación sobre reparación de accidentes debe aplicarse a todas las personas que ejecuten trabajos asalariados: la fórmula adoptada es, por tanto, general, y abarca a todos los trabajadores asalariados sea cual fuere el carácter o la duración de su actividad.

La solución dada en virtud del principio del riesgo profesional a la reparación de los accidentes del trabajo parece, sin embargo, haber sido sobrepasada hoy día, al menos en parte, por los acontecimientos, sobre todo en la agricultura.

La Comisión permanente agrícola de la Oficina Internacional del Trabajo, al celebrar su primera reunión (febrero de 1938), reconoció, en efecto :

« Que si el número total de obreros asalariados agrícolas es muy importante y si por ello las cuestiones que les afectan revisten un carácter que merece la atención de la Oficina Internacional del Trabajo, sin embargo, en muchos países, el número de pequeños agricultores es muy superior de los asalariados. Por tanto, las cuestiones que les interesan deben presentar una importancia igual. Debe considerarse que el standard de toda la población agrícola constituye el aspecto más importante del problema del nivel de vida del conjunto de la población en el mundo, no pudiendo ser estudiado de manera adecuada sin tener en cuenta la situación de los asalariados y de los pequeños agricultores. »

Refiriéndose especialmente a la protección social de los agricultores y sobre todo al seguro de los riesgos que éstos corren, la Comisión sugirió de manera expresa que se efectuara un estudio que trate de la situación de los asalariados, por una parte, y de los pequeños agricultores, por otra.

En materia de accidentes del trabajo, la cuestión que se plantea hoy día es la de la situación de los trabajadores independientes, que no ejercen normalmente una actividad asalariada.

La situación de estos trabajadores difiere según que la ausencia de salario se deba bien a los lazos de parentesco con el empleador, bien a que se trate de una explotación independiente, de una empresa, de un predio urbano o rústico en arriendo o en aparcería (medieros).

Debe también hacerse notar que, en principio, los lazos de parentesco entre el empleador y el obrero o el empleado no impiden la celebración de un contrato de servicios. Sólo la comunidad de intereses creada por el matrimonio constituye un obstáculo para semejante contrato. Un hijo puede ser el obrero de su padre y éste puede, a su vez, ser el patrono de su hijo. Pero, en semejantes casos, sucede frecuentemente que el salario no se reclame o no se estipule en modo alguno.

Por regla general, los miembros de la familia del empleador pueden considerarse como obreros o empleados si cumplen las condiciones que impone la ley a los beneficiarios de la reparación, y entonces el riesgo profesional se hace aplicable *ipso facto* en lo que les concierne. Así, por ejemplo, cierto número de legisladores, considerando que los lazos de familia no deben dispensar al empleador del pago de las indemnizaciones a que tendría derecho el obrero accidentado si no fuera pariente de su patrono, estipulan de manera expresa, de acuerdo con las teorías fundamentales de las leyes de reparación, que la situación de los

miembros de la familia del patrono debe, bajo ciertas condiciones, ser la misma que la de los demás trabajadores.

Una de estas leyes (Italia) extiende incluso la obligación del seguro a la mujer del jefe de familia, cuando los miembros de la misma ejecutan trabajos manuales ordinarios en la empresa.

Pero, al lado de estas leyes, que en ciertas condiciones asimilan los miembros de la familia del patrono a los obreros y empleados, existe otro grupo en que dichas personas quedan expresamente excluidas del beneficio de la reparación, por lo menos cuando viven con el empleador en comunidad familiar : Australia, Canadá, Francia, Gran Bretaña, Luxemburgo, Países Bajos, etc. En este último caso, la situación de los miembros de la familia del patrono que viven bajo su techo es, si sufren un accidente, idéntica a la situación en que se encontraría el propio empleador si lo sufriera personalmente ; ahora bien, la posición de principio, acerca de las posibilidades de organizar la reparación de los accidentes sufridos por los trabajadores independientes, difiere, desde luego, considerablemente, si la cobertura del riesgo dé o no lugar a una obligación de seguro.

Únicamente los Estados donde la ley de reparación es al mismo tiempo una ley de seguro obligatorio han podido, bajo ciertas condiciones, aplicar a los trabajadores independientes los beneficios de las disposiciones relativas a la reparación de accidentes ; incluso en estos Estados, la aplicación a los trabajadores independientes de la obligatoriedad del seguro es, casi siempre, objeto de una disposición especial que los Poderes públicos o los organismos administrativos del seguro quedan en libertad de establecer.

En Italia, sin embargo, el decreto-ley sobre el seguro obligatorio contra los accidentes del trabajo en la agricultura declara que están asegurados con plenos derechos contra los accidentes de que son víctimas durante las labores agrícolas, al igual que los obreros permanentes y temporeros, los propietarios, aparceros, colonos, sus mujeres e hijos, incluídos los hijos naturales, que ejecuten regularmente trabajos en una empresa. El beneficio del seguro está, pues, extendido no sólo a los trabajadores que son medio asalariados y medio independientes, como por ejemplo los aparceros, sino también a ciertas categorías de personas jurídicamente independientes, pero que tienen de común con los asalariados lo modesto de sus recursos.

En Alemania, los estatutos de las corporaciones de seguro agrícola pueden extender — y en la práctica así lo han hecho —

la obligación del seguro a los jefes de las empresas, así como a su cónyuge ocupado en una explotación incluida en la ley.

En otros países, el seguro de los agricultores independientes es puramente voluntario, pudiendo éstos elegir el riesgo de accidente que corren personalmente.

El seguro es, las más de las veces, igualmente voluntario para los miembros de la familia que empleen y que viven bajo su techo.

En materia de accidentes del trabajo, la situación de los independientes se halla todavía lejos de haber sido reglamentada generalmente por la ley. Ahora bien, las tendencias actuales se orientan, sin duda alguna, hacia una inclusión, por lo menos, de aquellos trabajadores independientes cuyos recursos económicos son muy reducidos. Esta inclusión en la ley supone, como condición previa, el establecimiento de la obligatoriedad del seguro.

c) *Seguro obligatorio*

El seguro obligatorio a cargo del empleador engloba en una reglamentación única y precisa a todos los afiliados, garantizando automáticamente, con el minimum de reclamaciones y reglas de procedimiento, el pago de las indemnizaciones. Merced al seguro contribuyen en la reparación de accidentes todas las empresas sometidas, estableciéndose así entre los empleadores una solidaridad que reviste importante valor social. Además, el seguro, ya se confíe su administración a organismos privados entre los que el empleador puede elegir libremente su asegurador, ya esté constituido por grupos profesionales que ejerzan el monopolio del seguro en una profesión determinada, o, en fin, dependa exclusivamente de un organismo interprofesional, facilita a las autoridades legislativas los medios de controlar directa y detalladamente la fijación de las tarifas y el empleo de los fondos con objeto de que las primas asignadas a los empleadores y, por consiguiente, a todos los consumidores, sean lo menos elevadas posible y distribuidas en la forma más equitativa.

La ventaja esencial del seguro obligatorio — cuando se encuentra centralizado sobre una base profesional o interprofesional — consiste, sin embargo, en que permite extender el campo de aplicación ya a todos los independientes, bien a aquellos de los mismos cuya situación puede considerarse económicamente como precaria.

La cuestión que entonces se plantea es la de fijar las normas mediante las cuales pueden determinarse las cotizaciones y prestaciones, correspondientes a los independientes englobados en el seguro.

En este caso son indispensables la asimilación del independiente al asalariado y la fijación de una ganancia determinada que sirva a la vez para el cálculo de las cotizaciones y para el de las prestaciones.

Esta asimilación no origina dificultades particularmente grandes en la agricultura, puesto que, de manera general, las cargas del seguro contra accidentes se distribuyen entre todos los patronos, ya sea según la cantidad de mano de obra necesaria para la explotación de sus empresas, o bien según el rendimiento de las tierras calculado para la contribución territorial.

Además de estas ventajas de sencillez, facilidad de control, de organización de una solidaridad y de una igualdad de trato lo más completa posible entre los patronos y sus asalariados, el seguro obligatorio, centralizado en un organismo profesional o interprofesional, aunque goce de un monopolio en una región determinada tiene una superioridad notable debido a las posibilidades que da para organizar con un minimum de gastos los servicios médicos especializados, en virtud de los cuales se conceden muy amplios subsidios en especie de duración ilimitada. Además, el seguro permite establecer el pago de indemnizaciones en forma de rentas, sin formalidades y sin ningún peligro para el beneficiario, quien en ningún caso puede temer la desaparición del deudor de la renta, puesto que se trata de un establecimiento público permanente cuyos efectivos se renuevan constantemente en virtud de una obligación legal.

§ 2. — Seguro de enfermedad y maternidad

La necesidad del seguro de enfermedad-maternidad y los efectos que puede esperarse de él, merced al desarrollo de la colectividad nacional, son aspectos que fueron ampliamente admitidos por la Conferencia de Santiago y posteriormente por la décima Conferencia sanitaria panamericana (Bogotá, 1936).

La décima Conferencia sanitaria panamericana, al tratar especialmente del seguro de enfermedad, reconoció en una resolución los efectos bienhechores de este seguro y recomendó a los Gobiernos de los países que no lo hubieran establecido aún,

que procediesen a estudiar y a establecer este medio de defensa sanitaria colectiva.

La resolución de la Conferencia de Santiago plantea el principio general del seguro obligatorio y analiza detalladamente las prestaciones del seguro, su administración y sus recursos financieros.

Una vez admitidos los principios generales, queda por examinar cómo puede organizarse el seguro de enfermedad-maternidad para alcanzar, en las mejores condiciones, las finalidades perseguidas.

Recordemos ante todo que si la función propia del seguro de enfermedad es la organización de la asistencia médica individual, este seguro participa también, y a veces en muy amplia medida, en la lucha contra las enfermedades sociales y el mejoramiento de la higiene general.

La lucha contra las enfermedades sociales continúa, no obstante, basándose ante todo en la prevención colectiva o individual y, por tanto, incumbe por ahora a los servicios públicos de higiene, con el concurso de organismos privados de asistencia social.

La organización del seguro de enfermedad-maternidad plantea en primer lugar un problema de distribución de tareas entre los servicios públicos de higiene, por una parte, y el seguro, por otra.

Una vez determinada esta distribución, el problema consiste en saber sobre qué bases podría organizarse el seguro, cuáles son los grupos de individuos que debe englobar y qué alcance deben tener sus intervenciones para responder al objetivo que se le ha asignado.

a) *Distribución de funciones*

La distribución de funciones entre los servicios públicos de higiene y el seguro depende, evidentemente, del desarrollo alcanzado por todos los servicios considerados.

Las enfermedades sociales se caracterizan por su frecuencia y provienen en gran parte de condiciones precarias de vida y de alojamiento, influyendo a su vez sobre estas condiciones.

Estas enfermedades, como la tuberculosis, las venéreas, el reumatismo, el cáncer, varían según los países y las regiones urbanas y rurales, modificando, con el tiempo, su carácter e intensidad. A pesar de los progresos realizados en la mayor parte de los países, constituyen una pesada carga para las regiones

todavía poco adelantadas. No se las puede combatir solamente con la asistencia médica, necesitando, por tanto, una amplia acción preventiva metódicamente aplicada.

La participación del seguro en esta acción es tanto más necesaria cuanto menos desarrollados se hallen los otros organismos encargados de la prevención.

Evidentemente es esencial que en todos los casos en que la organización de los servicios públicos de higiene no permite en absoluto — o no permite de manera suficiente — a las personas que sufren una de las afecciones contra las que debe concentrarse la lucha, beneficiar de la asistencia que necesitan, el propio seguro debe garantizar esta asistencia a sus asegurados. La misión del seguro es tanto más vasta cuanto que la asistencia se halle menos ampliamente garantizada por un servicio médico público, o que el círculo de los beneficiarios de este servicio sea más reducido.

Incluso, suponiendo que existiera un servicio médico público organizado de la manera más perfecta y ampliamente accesible, el seguro deberá de todos modos desempeñar un papel esencial en la lucha contra las enfermedades sociales.

El éxito de esta lucha depende, en efecto, ante todo, de la investigación sistemática y del diagnóstico de las enfermedades; el seguro está llamado a colaborar espontáneamente en el descubrimiento de las mismas y facilitar los exámenes preventivos de las personas expuestas o sospechosas, así como los exámenes periódicos de los grupos sociales amenazados. El derecho que posee el asegurado de consultar a un médico en todo momento favorecerá el diagnóstico precoz.

Por último, el seguro contribuye indirectamente, pero de manera substancial, en la formación de los equipos sanitarios, facilitando a los beneficiarios del seguro la entrada en los establecimientos de asistencia y de prevención. El seguro podrá, sin embargo, participar directamente en la mejora y desarrollo de los equipos sanitarios generales, si se garantiza el valor técnico de estos equipos y su utilización por los beneficiarios del seguro.

El seguro debe contribuir a difundir la práctica de las reglas de higiene entre los asegurados y los miembros de su familia (higiene individual, higiene alimenticia, etc.).

Las instituciones de seguros pueden asimismo contribuir al progreso de la higiene local facilitando la construcción de viviendas higiénicas gracias a préstamos hipotecarios y a la construcción. También puede reforzar la economía rural me-

diante inversiones de utilidad social y económica y acelerar el saneamiento del campo (desarrollo de los medios de comunicación, conducción de agua potable, etc.)

La colaboración del seguro con otros organismos y entidades consagrados a la lucha contra las enfermedades sociales, así como con el cuerpo médico, debe ir necesariamente precedida del establecimiento de un programa común con objeto de coordinar los esfuerzos y evitar toda duplicidad y cualquier laguna, llevándose a cabo la realización del programa común por una división de trabajo entre los organismos interesados, o por una labor en común, confiándose en este último caso la ejecución del programa a un organismo *ad-hoc* o a un organismo ya existente particularmente apto para cumplir una parte determinada de dicho programa.

b) *Bases de la organización del seguro*

Las bases de organización del seguro comprenden en primer lugar la determinación del campo de aplicación y del riesgo cubierto, del « caso de seguro » que dé derecho a las prestaciones.

En el seguro de enfermedad-maternidad, la *definición del riesgo cubierto* se deriva esencialmente de las reglas de concesión de las prestaciones. Estas reglas fueron definidas con precisión, respecto al seguro de enfermedad, en la resolución adoptada por la Conferencia de Santiago de Chile.

En cambio, no se plantea aún en numerosos Estados el problema de si el seguro debe cubrir al mismo tiempo la enfermedad y la maternidad, o si, por el contrario, la maternidad puede ser objeto ventajosamente de un régimen especial que preceda y prepare el seguro general de enfermedad y maternidad.

La respuesta varía, sin duda, según el grado de evolución económica y social que ha alcanzado el país o región de que se trate, siendo los únicos criterios generalmente válidos, bien la posibilidad de aplicar un régimen general de enfermedad-maternidad, cuya administración es necesariamente compleja, o bien por el contrario, la existencia de grandes dificultades de aplicación que permiten pensar en la oportunidad de cubrir únicamente la maternidad durante un primer período, hasta que se haya adquirido la experiencia suficiente.

De todos modos, para poder alcanzar su pleno valor social, el seguro de maternidad debe comprender la asistencia obstétrica, las indemnizaciones necesarias para el sustento de la madre y del recién nacido, las consultas prenatales y los servicios indis-

pensables de puericultura ; el seguro debe proteger a la vez o simultáneamente a la mujer que trabaja y a la mujer del trabajador asegurado.

Por último, desde el punto de vista de los riesgos cubiertos, es esencial indicar que un seguro de enfermedad escasamente puede limitar su acción a los casos agudos, debiendo, en cambio, extender su intervención, con vistas a una política de prevención bien comprendida, a los casos crónicos a fin de establecer la *asistencia médica de los asegurados que se hallen inválidos*.

En cuanto al campo de aplicación del seguro de enfermedad nos encontramos ante dos sistemas muy desigualmente desarrollados :

— seguro nacional

— seguro obligatorio de enfermedad de los asalariados.

El seguro nacional extiende en principio la obligación del seguro a todos los habitantes, sin distinción de profesión ni de posición social.

A reserva de los límites eventuales de ganancia y de fortuna, se hallan cubiertos los trabajadores asalariados y los independientes, con igual derecho que las categorías intermediarias de trabajadores ocupados unas veces por cuenta de otra persona o por cuenta propia. La fórmula del seguro nacional es amplia y su aplicación íntegra protegería prácticamente a todos los habitantes de las ciudades y del campo.

El seguro nacional obtiene sus recursos mediante descuentos sobre todas las ganancias, salarios, remuneraciones o beneficios, a reserva de los mínimos inmunizados. En otros términos, cada habitante tiene la obligación de contribuir a los gastos del seguro según sus ingresos, y como la contribución es de hecho progresiva, todos los asegurados benefician de idénticas prestaciones médicas y farmacéuticas en caso de que sobrevenga el riesgo.

Estas prestaciones, que comprenden igualmente la asistencia en hospitales y sanatorios, se hallan generalizadas por el seguro, concediéndose las prestaciones en especie a los asegurados que se encuentren en la incapacidad de trabajar o que, a consecuencia de una enfermedad, sufran una pérdida o reducción de sus ingresos.

A veces se ha hecho valer contra el principio del seguro obligatorio nacional que la población de un país o de una región constituye una masa desprovista de homogeneidad que puede afectar al seguro desde diversos puntos de vista : modo de vida,

importancia de los recursos, capacidad contributiva, necesidad de protección, consecuencias económicas de los riesgos; ahora bien, la aplicación de un seguro nacional a esta masa sin carácter homogéneo (y especialmente a los trabajadores independientes) origina considerables dificultades si las prestaciones en metálico a que da derecho deben adaptarse a la pérdida de ganancia resultante de los riesgos.

Se ha respondido a estos argumentos que, en los países donde los trabajadores asalariados sólo constituyen una reducida proporción de sus habitantes, la organización de las instituciones de seguro, limitada únicamente a los asalariados, no responde sino en parte a las necesidades de asistencia médica de la población, no ocurriendo lo mismo con el seguro nacional, el cual engloba al conjunto de la población asalariada e independiente y permite la constitución de organismos de seguro con contingentes de afiliados suficientes y estables. Los frecuentes cambios de profesión y de empleo no interrumpen la marcha del seguro, el que puede ejercer su acción independientemente de las modificaciones profesionales.

Subsiste, sin embargo, la objeción esencial de que, con objeto de no tropezar con grandes obstáculos de aplicación, los regímenes de seguro nacional deben en la práctica limitar sus prestaciones en metálico a la concesión de sumas fijas, que siempre se adaptan mal a las posibilidades y a las necesidades de los asegurados.

En un sistema de prestaciones fijas, la cuantía de las indemnizaciones no puede exceder ni incluso alcanzar el nivel de los salarios, determinado por las condiciones de vida de los obreros menos calificados. Ello origina una reducción a veces considerable de la misión y del valor de las prestaciones, para los asegurados que perciben un salario mucho más elevado que el de un trabajador menos calificado.

De hecho, el seguro de enfermedad nacional sólo se ha aplicado de una manera sumamente limitada. Este seguro existe, sin embargo, en ciertos cantones suizos y en Nueva Zelandia. En el Japón se ha creado, y se prepara la entrada en vigor de un seguro nacional limitado a las prestaciones médicas.

Por regla general, el seguro obligatorio de enfermedad-maternidad incluye esencialmente a los asalariados a los cuales se asimilan a veces ciertas categorías de trabajadores independientes (colonos o aparceros, por ejemplo), y establece una estrecha correlación entre los salarios, las cotizaciones y las

indemnizaciones : si la determinación de tal correlación requiere un mecanismo administrativo más complejo y más costoso, es más equitativo socialmente, puesto que permite adaptar mejor las prestaciones a las necesidades y posibilidades muy variables de los asegurados.

Debe repetirse que el seguro de los asalariados presenta, por el contrario, el inconveniente de no englobar a veces más que a una fracción muy reducida de la población y, como tal, ser poco eficaz en cuanto a su acción general y al mejoramiento del estado sanitario, cuando no se completa con un amplio sistema de prevención y de asistencia, dependiente de los servicios públicos de higiene.

Las formas posibles de organización del seguro se hallan lejos de haber sido agotadas por las instituciones ya existentes en los diversos países, no debiéndose descartar toda nueva iniciativa, que permita alcanzar las finalidades del seguro obligatorio de enfermedad. Sobre todo en el terreno de la organización de las prestaciones médicas es donde deben señalarse diversas iniciativas tomadas en el Canadá y en los Estados Unidos, países donde no existe todavía el seguro obligatorio de enfermedad. En el Canadá, por ejemplo, es interesante seguir el desarrollo del sistema de los « médicos municipales » ya aplicado con éxito en numerosas municipalidades rurales. En los Estados Unidos, el Gobierno federal ha reconocido a la población la necesidad y el derecho que tiene de libre acceso a una asistencia médica suficiente, pero todavía no ha indicado su preferencia entre un servicio médico público y un servicio administrado por un seguro autónomo de enfermedad. En este país se puede observar una vasta actividad experimental privada y pública, de la que se espera surgirán a la larga los más eficaces tipos de instituciones. Sin embargo, para las prestaciones en metálico proporcionadas a la ganancia del beneficiario, no existe apenas otra alternativa que el seguro, como modo de organización. Esta es una de las razones que explican que en los Estados Unidos se estudie la posibilidad de establecer regímenes distintos para la administración de las prestaciones médicas, por una parte, y de las prestaciones en metálico, por otra.

§ 3. — Seguro de vejez-invalidez y muerte

Los riesgos de vejez, invalidez y muerte presentan entre sí una diferencia fundamental respecto a sus posibilidades de realización.

Mientras que la vejez sólo puede aparecer en un plazo fijado de antemano, constituyendo — cuando se ingresa en el seguro normalmente, es decir, al principio de la actividad profesional — un riesgo forzosamente lejano que al sobrevenir no sorprende al trabajador por estar ya predeterminada la fecha de su eventual acalcimiento, la invalidez y la muerte pueden, en cambio, sorprender al trabajador en cualquier momento de su vida activa, y si uno de dichos riesgos afecta a una persona cargada de familia sus consecuencias pueden ser tanto más graves cuanto más prematuro.

Esto implica importantes consecuencias en la constitución y las reglas de concesión de las prestaciones necesarias para cubrir cada uno de los riesgos previstos : estas consecuencias han sido ya expuestas claramente en la resolución adoptada por la Conferencia de Santiago.

La evolución de los seguros sociales durante los últimos años, sobre todo en el Continente americano, pone de relieve los problemas que plantean los métodos que han de adoptarse para la cobertura de los riesgos, por una parte (concesiones gratuitas o pensiones equilibradas, mediante cotizaciones, por un régimen de seguros sociales propiamente dicho), y, de otra, la determinación del campo de aplicación de los regímenes de seguros, la manera de agrupar a los asegurados y la situación creada a la generación existente al implantarse el seguro.

a) *Métodos para cubrir los riesgos*

Existen a este respecto dos métodos-tipo : ante la insuficiencia de una cobertura basada únicamente en la asistencia pública, ciertos Estados se han orientado, en el transcurso de los últimos 30 años, hacia un método de asistencia que permita un nivel más elevado que el de la atención a los indigentes, al establecer un sistema de pensiones llamadas « gratuitas ».

Los sistemas de pensiones gratuitas se diferencian de los regímenes de seguros sociales propiamente dichos, por la ausencia de cotizaciones exigidas a los asegurados o a los empleadores y por el establecimiento de un régimen de prestaciones que implica condiciones de concesión más severas e indemnizaciones siempre inferiores a la suma considerada como necesaria para el mantenimiento de un nivel mínimo de existencia.

Las leyes limitan a veces el derecho de pensión a las personas que hayan cumplido de manera satisfactoria sus deberes

de ciudadanos, y exigen que no haya habido por parte del solicitante faltas por lo menos graves y repetidas, causantes de la situación precaria en que se encuentra. Las pensiones gratuitas no se conceden, en efecto, sino después de una encuesta sobre los recursos y comprobar que éstos son insuficientes para asegurar la subsistencia del solicitante.

Además, un gran número de leyes niega la pensión a las personas que tienen parientes legalmente obligados a mantenerlas y en condiciones de hacerlo. Algunas de estas legislaciones exigen también que todos los bienes del pensionado se transfieran a la autoridad responsable del pago de la pensión.

Sin embargo, la diferencia entre las pensiones gratuitas y los subsidios de asistencia es muy acentuada. La cuantía de las pensiones gratuitas es, por lo general, más elevada que los socorros de asistencia. Las obligaciones de las colectividades para con los inválidos, los ancianos y las madres cargadas de familia se hallan más claramente definidas. Cuando se han cumplido las condiciones de concesión fijadas por la ley, la pensión tiende a convertirse en un derecho, teniendo los interesados a su vez la posibilidad de recurrir a otra autoridad distinta de la encargada de conceder la pensión.

Pero, en su conjunto, estos sistemas de pensiones gratuitas no permiten una cobertura suficiente de los riesgos.

Se puede, sin duda, admitir perfectamente como una posibilidad práctica el desarrollo y el desenvolvimiento de las legislaciones existentes. Se puede considerar muy bien la supresión o la atenuación de las restricciones relativas a la nacionalidad, residencia, raza, moralidad; se puede admitir también la posibilidad de elevar el límite de los recursos, fijar netamente en los textos la cuantía de las pensiones, crear un derecho de apelación ante una jurisdicción compuesta de magistrados; se puede asimismo establecer la obligación, para la colectividad, de destinar todos los créditos necesarios al pago de las pensiones prometidas o concedidas. La adopción de tales principios implicaría, sin embargo, una reforma radical de la mayor parte de los sistemas existentes y daría por resultado un aumento de su complejidad y de la carga que gravita sobre las finanzas públicas.

Estas consideraciones son las que, sin duda, explican que, durante los últimos 15 años, se haya observado un retroceso en los sistemas de pensiones gratuitas con relación al seguro social obligatorio, no constituyendo ya en numerosos países más

que una especie de régimen transitorio o de complemento de este seguro.

b) *Campo de aplicación del seguro obligatorio y modo de agrupar a los asegurados*

El seguro obligatorio de los riesgos de invalidez, vejez y muerte puede extenderse, lo mismo que el seguro obligatorio en caso de enfermedad, al conjunto de los habitantes de un mismo país, sin tener en cuenta su régimen de trabajo y su actividad profesional, con la sola reserva de las condiciones de edad, de residencia y, a veces, del nivel de los ingresos (seguro obligatorio popular o nacional); o bien limitarse solamente a los asalariados o a algunas de sus categorías, a reserva de asimilar a determinadas categorías independientes, económicamente débiles, que puedan hallarse sujetas a la obligación del seguro, o sencillamente ser admitidos en el seguro con carácter voluntario (seguro de los asalariados).

El seguro nacional, que implica a la vez la extensión del principio de obligación a los asalariados y a la masa de independientes, por lo menos a aquellos cuyos recursos anuales no excedan de determinado límite, sólo ha podido realizarse en circunstancias excepcionalmente favorables. Es cierto que no puede negarse la necesidad de asegurar a los trabajadores independientes con recursos modestos, pero las dificultades de aplicación del seguro nacional obligatorio son serias: la determinación de las ganancias o ingresos, el cobro de las cotizaciones y el control de los asegurados exigen un funcionamiento administrativo preciso y evolucionado, cuando se trata de englobar ya sea a toda una población o a una gran parte de la misma.

De hecho, si la aplicación del seguro nacional a la cobertura de los riesgos de vejez, invalidez y muerte es algo más frecuente que su aplicación a la cobertura del riesgo de enfermedad, no por eso deja de ser menos excepcional y sus prestaciones, que se limitan generalmente a sumas fijas, no garantizan más que un minimum de protección poco adaptado a las necesidades y a las posibilidades de los asegurados.

En la mayoría de los países, la obligación del seguro concierne únicamente a las personas cuyo salario constituye su principal fuente de ingresos, reglamentándose por disposiciones especiales la situación de aquellas personas que, por no estar afiliadas al seguro obligatorio, se les permite asegurarse voluntariamente.

Estos sistemas de seguro de los asalariados pueden estructurarse sobre dos bases esencialmente distintas, tanto en lo que se refiere al reclutamiento de los asegurados — o sea el campo de aplicación del seguro — como a la organización administrativa y financiera de las instituciones.

Puede concebirse una organización a base profesional, englobando en cada sistema de seguro a todos los asalariados de una profesión y únicamente a éstos, formando así un grupo de asegurados, administrativa y financieramente autónomo.

Por el contrario, se puede concebir un organismo territorial que reúna a todos los asegurados, sea cual fuere su profesión, que trabajen en una circunscripción territorial determinada.

Tales son, reducidas a sus características esenciales y en extremo esquematizadas, las dos modalidades típicas que se encuentran en la práctica de agrupación de asegurados.

La evolución de los seguros sociales en el Continente americano, durante las últimas décadas, marca una tendencia en favor de los sistemas de seguros interprofesionales, sistemas que no existían hace veinte años y que encontramos actualmente en Chile, en el Ecuador, en los Estados Unidos, en el Perú y en el Uruguay.

Parece que convendría orientarse hacia la generalización de esta tendencia, puesto que la agrupación territorial e interprofesional de los asegurados es a la vez más sencilla, más estable, y socialmente más justa que la agrupación profesional, ya que permite la mayor solidaridad entre las diversas capas de la población englobada.

c) *Situación de la primera generación de asegurados*

La población susceptible de un régimen de seguro obligatorio puede, cuando éste entra en vigor, distribuirse en tres grupos :

1.º Los asegurados del régimen normal, es decir, los trabajadores admitidos en el seguro a una edad que les da la posibilidad de obtener, cuando sobreviene el riesgo, prestaciones normales y apreciables.

2.º Los trabajadores de edad avanzada que sólo pueden cotizar durante un reducido número de años y cuyas cotizaciones no darían derecho más que a prestaciones inferiores a las normales.

3.º Los trabajadores excluidos del campo de aplicación, porque han rebasado el límite de edad fijado para el ingreso

en el seguro o porque son inválidos y, por último, las viudas y los huérfanos privados de todo sostén.

La situación de esta tercera categoría de trabajadores sólo puede reglamentarse por sistemas anteriores evolucionados de asistencia o pensiones gratuitas, si no se quiere sobrecargar el seguro con un déficit inicial que corre el riesgo de imponer a las primeras generaciones esfuerzos desproporcionados a los medios de que dispone y a sus posibilidades efectivas de cotización, o de reducir al extremo las prestaciones concedidas a las futuras generaciones.

Queda la segunda categoría de trabajadores, es decir, aquellos que están admitidos en el campo de los asegurados, pero que, a consecuencia de su edad, sólo pueden cotizar durante un tiempo bastante inferior a la duración de la vida activa normal.

Si el seguro obligatorio debe desempeñar, sin retraso excesivo, la misión protectora social que le corresponde, tiene que esforzarse en intervenir en favor de estos trabajadores excluidos o demasiado viejos, así como de sus viudas y huérfanos, porque no se les puede hacer responsables de la ausencia de un sistema de seguro durante su vida activa. Así, pues, las legislaciones de seguros instituyen generalmente regímenes transitorios, que reglamentan especialmente el derecho a las prestaciones de los trabajadores que no han podido asegurarse o que han ingresado demasiado tarde al seguro para adquirir derechos substanciales.

La solución dada al problema del régimen transitorio por la mayoría de los sistemas de seguro de América latina, se basa generalmente en la asimilación, al tiempo de cotización efectiva, del tiempo de trabajo cumplido antes de la entrada en vigor del seguro.

Los trabajadores que pertenecen a la generación inicial de asegurados pueden, en principio, hacer valer los derechos que hubieran adquirido si el seguro se hubiese aplicado desde que son considerados como asalariados (o en la profesión que da lugar al sometimiento al seguro). A cambio de este reconocimiento, y a fin de que el trabajo efectuado con anterioridad dé derecho para el retiro, deben contribuir con una cotización especial destinada a amortizar el déficit que provoque su admisión en el seguro (cotización de rescate).

Esta manera de solucionar el problema del régimen transitorio es sencilla sólo en apariencia, porque el tomar en conside-

ración el salario y el tiempo de trabajo cumplido con anterioridad para determinar las prestaciones del régimen transitorio origina una dificultad considerable : la de reunir los fondos necesarios para el pago de prestaciones iguales entre los asegurados cuyas cotizaciones se abonan normalmente y aquellos cuyas cotizaciones son nulas o por lo menos notablemente inferiores a las normales. La concesión, a las generaciones que ingresan en el seguro cuando han excedido de la edad normal de admisión, de prestaciones equivalentes a las que hubiesen adquirido cotizando normalmente en el pasado, representa siempre una carga pesada que es el obstáculo más serio para que se tomen en consideración los servicios anteriores.

Si no se dispone de recursos de importancia verdaderamente excepcional para cubrir el déficit inicial que trae consigo la primera generación de asegurados, que debe beneficiar inmediatamente, o casi en seguida, de las prestaciones normales del seguro, habrá que limitarse a asegurar a los beneficiarios del régimen transitorio un mínimo de medios de existencia.

Este mínimo puede consistir en una suma fija, o en una pensión de base igual a un porcentaje apreciable del salario, pudiendo percibirse la suma fija o la pensión de base desde que se cumple el período de espera.

En algunos casos, el derecho a las prestaciones complementarias, previstas en favor de los asegurados que cotizan en régimen transitorio, es decir, la diferencia entre el *mínimum* garantizado y las prestaciones que resultarían normalmente de las cotizaciones pagadas, se halla subordinado a una condición de necesidad o, sencillamente (como en Bélgica, por ejemplo), al cese de toda actividad profesional. Estas prestaciones del régimen transitorio se parecen mucho a las estipuladas por los sistemas de pensiones gratuitas, por lo que dichos sistemas parecen constituir — a juzgar por la evolución de los últimos años —, no ya regímenes permanentes, sino medidas transitorias destinadas a convergir, tarde o temprano, en el seguro obligatorio.

Sin embargo, las prestaciones complementarias del régimen transitorio constituyen con frecuencia un derecho absoluto para los asegurados, que han pagado el *mínimum* de cotizaciones requeridas, o para los supervivientes de dichos asegurados.

Cuando faltan los recursos suficientes que permitan conceder a los beneficiarios del régimen transitorio prestaciones mínimas, que cubran realmente las necesidades esenciales de existencia,

y esto sin más condición que el pago de las cotizaciones establecidas, surge la cuestión de si vale más restringir el número de pensiones gratuitas imponiendo cierto límite de medios de subsistencia o, por lo menos, el cese de toda actividad remunerada o, al contrario, reducir la cuantía de la pensión, prescindiendo en este caso de las condiciones anteriores.

La diferencia de principio entre los dos métodos de cobertura de los riesgos que pueden sufrir los asegurados de la generación inicial (beneficiarios del régimen transitorio) — reconocimiento de los servicios anteriores o concesión de mínimos garantizados —, parece consistir, sobre todo, en el hecho de que la promesa de un mínimo garantizado limita mucho más estrictamente las cargas y las obligaciones del seguro que el reconocimiento de los servicios, valederos para el retiro, prestados antes de la entrada en vigor del seguro obligatorio.

Sea cual fuere el método adoptado para asegurar a los beneficiarios del régimen transitorio prestaciones substanciales que tengan verdadero valor social, sería siempre interesante establecer una distinción neta entre los ingresos y los gastos del régimen normal, por una parte, y los ingresos y los gastos del régimen transitorio, por otra. La evolución propiamente dicha del seguro, es decir, de los ingresos y de los gastos del régimen normal será así completamente distinta de la de las cargas excepcionales del régimen transitorio, cargas destinadas en principio a ser amortizadas y a desaparecer progresivamente.

Por lo demás, la distinción es esencial desde el momento en que las cargas del régimen transitorio incumben, como ocurre con frecuencia, al conjunto de la colectividad nacional, o que se encuentran repartidas entre esta colectividad y los cotizantes, empleadores o asegurados.

En cuanto a su proceso posterior, el reparto de las cargas iniciales (cargas del período transitorio) puede resultar de dos concepciones diferentes. Podría considerarse que dichas cargas han de quedar amortizadas lo antes posible por las generaciones que toman la iniciativa de crearlas al poner en vigor el sistema de seguro, o, por el contrario, su amortización no se impone en modo alguno y pueden constituir una deuda a vencimiento indeterminado.

El primer concepto se realiza cuando las cargas del régimen transitorio son cubiertas por ingresos especiales, que vienen a sumarse a los recursos calculados para garantizar el equilibrio financiero en régimen normal. Si, como sucede generalmente,

estos ingresos especiales son calculados por distribución de los plazos de renta, las cargas decrecen a medida que desaparecen los pensionados del régimen transitorio y quedan completamente amortizadas cuando se extingue el último pensionado. Cuando el equilibrio financiero del seguro se verifica en régimen normal, por la capitalización de los recursos, las cargas anuales globales crecen entonces rápidamente, desde que entra en vigencia el sistema, alcanzando su máximum algunos años después para decrecer en seguida y estabilizarse tan pronto se verifique la transición al régimen normal.

La segunda concepción, es decir, la permanencia del déficit original, se materializa, por el contrario, cuando las consecuencias de las cargas iniciales subsisten de generación en generación, necesitando deducirse las sumas necesarias para cubrir el déficit inicial de la parte de los recursos que normalmente debería capitalizarse para contribuir al equilibrio financiero del seguro.

Este caso se presenta cuando el seguro tiene que funcionar en régimen de capitalización y cuando la fracción de los recursos destinada a ser capitalizada se emplea en totalidad, o en parte, para hacer frente a los gastos excepcionales del régimen transitorio; las reservas matemáticas, los capitales representativos de los derechos en curso de adquisición y de los derechos ya adquiridos son, o inexistentes, o con déficit. Entonces es preciso hacer frente, por medio de ingresos especiales, a la disminución de los recursos que resultan de la ausencia total o parcial de los intereses que deberían producir las reservas. Si estos recursos especiales cubren exactamente el déficit de los intereses, las cargas del régimen transitorio nunca se amortizan y subsisten indefinidamente, lo que necesita que funcione el seguro entera o parcialmente mediante distribuciones anuales de los plazos de renta (Gran Bretaña, déficit enteramente soportado por el Estado). Si, por el contrario, los recursos llegan a exceder de las cantidades que faltan como intereses, hay amortización más o menos lenta del déficit primitivo (Francia, seguro de los mineros, cargas repartidas entre el Estado y los cotizantes).
